様式第3号(第11条関係)

|  |
| --- |
| 訓練手当支給請求書(　　　年　　　月分)　　　　　　　　年　　　月　　　日　　福井県知事　　　　様　次のとおり訓練手当の支給を請求します。 |
| ①住所および氏名 | ②　訓練が行われなかつた日 | 日 | 基本手当 | 技能習得手当 | 寄宿手当 | 合計金額 |
| ③　訓練を受けなかつた日 | ④家族と別居して寄宿していない日 | ⑤備考 | ⑥　日数日 | 　　日額円 | 　　月額円 | 受講手当 | ⑦　減額率 | 通所手当 | ⑧　減額率 | 　　認定額円 | 　　支給額円 |
|
| 疾病その他やむを得ない理由による場合 | やむを得ない理由がない場合 |
| 日数日 | 日額円 | 月額円 | 認定額円 | 支給額円 |
| 連続して15日未満 | 連続して15日以上 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　訓練を行う施設による受講証明 |
| 　右のカレンダーに該当する印を付けてください。　(1)　職業訓練が行われなかった日　＝印(取消線)　(2)　職業訓練を受けなかった日　　×印 | 月　 | 1　2　3　4　5　6　78　9　10　11　12　13　1415　16　17　18　19　20　2122　23　24　25　26　27　2829　30　31　　　　　　　　 |
| 　上記の記載事項に誤りのないことを証明する。　　　　年　　月　　日訓練を行う施設の所在地　　　　　　　　　　　　 |
| 　 | 訓練を行う施設の長の職および氏名 | 　 |

注意　1　②欄から④欄までは、該当する日を記入してください。

　　　2　⑤欄は、②欄から④欄までの日についての具体的事情その他必要な事項を記入してください。