

訓練手当支給申請書（求職者支援訓練（認定職業訓練）用）  
（ 年 月分）

鳥取県知事 様

年 月 日

住 所  
氏 名 ㊟

下記のとおり訓練手当の支給を申請します。

|                         |  |                  |   |   |
|-------------------------|--|------------------|---|---|
| 支給申請内容                  | 期間   | 年 月 日 ~ 年 月 日    |   |   |
|                         | 訓練が行われなかった日数   |                  | 日 |   |
|                         | 訓練を受けなかった日数  | やむを得ない理由による日数    |   | 日 |
|                         |  | うち、連続して14日を超えた日数 |   | 日 |
|                         |  | やむを得ない理由のない日数    |   | 日 |
|                         | 訓練を受けた日数   |                  | 日 |   |
|                         | 家族と別居して寄宿していない日数   |                  | 日 |   |
| 添付書類（やむを得ない理由を証明する証明書等） | <input type="checkbox"/> 医師の診断書等<br><input type="checkbox"/> 遅延証明書等<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                  |   |   |

|      |       |    |   |
|------|-------|----|---|
| 手当内訳 | 基本手当  | 日数 | 日 |
|      |       | 日額 | 円 |
|      |       | 金額 | 円 |
|      | 受講手当  | 日数 | 日 |
|      |       | 日額 | 円 |
|      |       | 金額 | 円 |
|      | 通所手当  | 日数 | 日 |
|      |       | 月額 | 円 |
|      |       | 金額 | 円 |
|      | 寄宿手当  | 日数 | 日 |
|      |       | 月額 | 円 |
|      |       | 金額 | 円 |
|      | 合計額   |    | 円 |
|      | 当月申請額 |    | 円 |
|      | 保留額   |    | 円 |

求職者支援訓練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

(3) 職業訓練の訓練期間ではない日 /印（斜線）

|   |    |    |    |    |    |    |    |
|---|----|----|----|----|----|----|----|
| 月 | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |
|   | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|   | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|   | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|   | 29 | 30 | 31 |    |    |    |    |

特記事項

上記の記載事項に誤りのないことを証明する。

年 月 日

訓練を行う施設の名称及び所在地  
訓練を行う施設の長の職氏名 ㊟

備考 申請者が氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。