

様式第1号

伊丹市更生訓練費支給申請書

年 月 日

伊丹市長 様

申請者

住所 〒

氏名 _____ (※)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

電話 _____

伊丹市更生訓練費支給事業実施要綱第4条第1項の規定により、更生訓練費の支給について下記のとおり申請します。なお、今回の申請にかかる支給可否の決定に必要なときは、伊丹市が私と、私と同一の世帯員の課税状況等について調査することに同意します。

記

申請区分 (該当に○)	1. 新規 2. 継続
更生訓練を受けている 施設の区分 (該当に○)	ア. 就労移行支援を行う施設 (認定指定就労移行支援事業所以外) イ. 就労移行支援を行う施設 (認定指定就労移行支援事業所) ウ. 自立訓練を行う施設
施設の名称	
サービス支給 決定期間	年 月 日～ 年 月 日

様式第2号

更生訓練費支給決定（却下）通知書

第 年 月 日
号 日

様

伊丹市長

年 月 日に申請のありました、更生訓練費支給につきましては、下記のとおり決定したので通知します。

記

1. 決定

区分	1月に訓練に従事した日数が15日以上	1月に訓練に従事した日数が15日未満
訓練のための経費（月額）	円	円
支給期間	年 月 日～	年 月 日

2. 却下

理由

様式第3号

更生訓練費支給請求書

年 月 日

伊丹市長 様

申請者 住所

氏名 (※)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

年 月分の更生訓練費について、次のとおり請求します。

記

訓練のための経費	
訓練日数	日
金額	円

【振込先口座】

銀行名		金融機関番号	
支店名		支店番号	
口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

上記訓練日数等については、事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

施設所在地

施設名

代表者

印

様式第4号

更生訓練費支給申請内容変更届出書

伊丹市長 様

年 月 日

申請者

住所 〒 _____

氏名 _____ (※)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

電話 _____

伊丹市更生訓練費支給事業実施要綱第8条の規定により、更生訓練費の支給について変更がありましたので下記のとおり届け出ます。

記

変更区分 (該当に○)	1. 変更		2. 廃止	
	変更前		変更後	
更生訓練を受けている施設の変更 (該当に○)	ア. 就労移行支援を行う施設 (認定指定就労移行支援事業所以外) イ. 就労移行支援を行う施設 (認定指定就労移行支援事業所) ウ. 自立訓練を行う施設	ア. 就労移行支援を行う施設 (認定指定就労移行支援事業所以外) イ. 就労移行支援を行う施設 (認定指定就労移行支援事業所) ウ. 自立訓練を行う施設		
施設の名称				
サービス支給 決定期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日		

様式第5号

更生訓練費支給内容変更決定通知書

第 年 月 日
号

様

伊丹市長

年 月 日に変更申請のありました、更生訓練費支給につきましては、
下記のとおり決定したので通知します。

記

1. 決定

区分	1月に訓練に従事した日 数が15日以上	1月に訓練に従事した日 数が15日未満
訓練のための経費(月額)	円	円
支給期間	年 月 日～ 年 月 日	

2. 廃止

年 月 日より廃止