

(新)

第三号様式 (第十二条)
その一

支給申請書 (年 月分)
支給調書
訓練手当

千葉県知事 様

氏名	期間: 年 月 日 ~ 年 月 日					内 訳												合 計 額			
	職業訓練が行われなかった日数	職業訓練を受けなかった日数				職業訓練を受けた日数	基本手当			受講手当			通所手当			寄宿手当			当月支給額	保留額	
		やむを得ない理由による日数	うち、疾病は負傷により連続して14日を超えた日数	やむを得ない理由が	を		家族と別居し、宿していない日数	日数	日額	金額	日数	日額	金額	日数	月額	金額	日数	月額			金額

計名 上記のとおり相違ないことを証明します。
年 月 日
(施設名称、所在地)
公共職業能力開発施設の長

印

(旧)

第三号様式 (第十二条)
その一

支給申請書 (年 月分)
支給調書
訓練手当

千葉県知事 様

氏名印	期間： 年 月 日～ 年 月 日		内 訳												合計額					
	職業訓練が行われなかった日数	職業訓練を受けなかった日数	職業訓練を受けた日数	家族と別居して宿していない日数	基本手当			受講手当			通所手当			寄宿手当			当月支給額	保留額		
		やむを得ない理由による日数			うち、疾病又は負傷により連続して14日を超えた日数	やむを得ない理由が	日数	日額	金額	日数	日額	金額	日数	月額	金額	日数			月額	金額

計 名

上記のとおり相違ないことを証明します。
年 月 日
(施設名称、所在地)
公共職業能力開発施設の長

印

注 申請者は、氏名を自署することにより押印を省略することができます。

(新)

第三号様式 (第十二条)

その二

訓練手当支給申請書 (年 月分)															年 月 日	
千葉県知事 様 下記のとおり訓練手当の支給を申請します。																
① 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	日	日	月	受講手当			通所手当		日		月
	ア 疾病・負傷の理由による場合	イ 天災等のやむを得ない理由による場合	ウ やむを得ない理由による場合						日	日	月	日	日			
	日	日	日	日	数	額	額	日	円	円	日	円	円	日	円	円
~~~~~																
~~~~~																
~~~~~																
~~~~~																
上記の記載事項に誤りのないことを証明する。 年 月 日 職場適応訓練を行う事業所の名称及び所在地 職場適応訓練を行う事業主の職氏名 印																

備考

- 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。

(旧)

第三号様式 (第十二条)

その二

訓練手当支給申請書 (年 月分)															年 月 日												
千葉県知事 様 下記のとおり訓練手当の支給を申請します。																											
① <u>氏名印</u>	② 訓練が行われなかつた日			④		⑤			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			家族と別居して寄宿していない日		備考		日	日	月	受講手当		通所手当		日	月											
	ア 疾病・負傷の理由による場合	イ 天災等のやむを得ない理由による場合	ウ やむを得ない理由による場合	日	日	日	日	日	日	月	数	額	額	日	日	月	日	月	数	額	数	額	日	月	円	円	
	日	日	日	日																							
上記の記載事項に誤りのないことを証明する。																											
年 月 日										職場適応訓練を行う事業所の名称及び所在地							職場適応訓練を行う事業主の職氏名		印								

備考

- ②欄から④欄までは、該当する日を記入してください。
- 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。
- 申請者は、氏名を自署することにより押印を省略することができます。

(新)

第三号様式 (第十二条)
その三

訓練手当支給申請書 (年 月分) 年 月 日

千葉県知事 様

住所
氏名

年 月分の訓練手当の支給を次のとおり申請します。

支給申請内容	訓練期間	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	日
	①やむを得ない理由による日数	日
	①のうち疾病又は負傷により連続して14日を超えた日数	日
	②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 (やむを得ない理由の証明書類)	<input type="checkbox"/> 医師の診断書等 <input type="checkbox"/> 遅延証明書等 <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
		日額	円
		金額	円
	寄宿手当	日数	日
		日額	円
		金額	円
合計額		円	
当月請求額		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	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

上記の記載事実と誤りのないことを証明する。

年 月 日

求職者支援訓練を行う施設の名称及び所在地
求職者支援訓練施設の長の職氏名 印

