

阿賀野市告示第124号

阿賀野市高等職業訓練促進給付金等支給要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和6年6月6日

阿賀野市長 加藤 博 幸

阿賀野市高等職業訓練促進給付金等支給要綱の一部を改正する要綱

阿賀野市高等職業訓練促進給付金等支給要綱（平成26年阿賀野市告示第112号）の一部を次のように改正する。

第1条中「平成16年」の次に「阿賀野市」を加える。

第3条第1号イ中「1年」を「6月」に改め、「見込まれる者であること」の次に「（雇用保険制度の一般教育訓練給付の指定講座を受講する場合には、情報関係の講座を受講する者であること。）」を加える。

第4条中第12号を第14号とし、第11号の次に次の2号を加える。

（12） シスコシステムズ認定資格

（13） L P I 認定資格

第6条の見出し及び同条第1項を次のように改める。

（事前把握）

第6条 市長は、6月以上のカリキュラムの修業が予定されている養成機関に在籍する者（雇用保険制度の一般教育訓練給付の指定講座を受講する場合には、情報関係の講座を受講する者）を対象として、訓練促進給付金の制度について周知するとともに、受給希望者の事前把握に努めるものとする。

第6条第2項中「事前相談」を「事前把握」に改め、同条第3項を削る。

第7条第1号中エを削り、オをエとし、カをオとし、キをカとし、同条第2号中エを削り、オをエとし、カをオとし、キをカとする。

別表を次のように改める。

別表（第5条関係）

区分	支給基準	支給額
訓練促進給付金	ア 支給の対象となる期間は、修業する期間とし、48月を上限とする。 イ 訓練促進給付金の支給を受け、准看護師養成機関を修了	次に掲げる対象者の区分に応じ、それぞれに定める額とする。 ア 対象者及び当該対象者同一の世帯に属する者が訓練促進費の支給を請求する月の属

	する者が、引き続き、看護師の資格を取得するために、養成機関で修業する場合には、通算４８月を超えない範囲で支給するものとする。 ウ 月を単位として支給するものとし、原則として申請のあった日の属する月の分を翌月の末日から支給するものとする。 エ 以前に訓練促進給付金の支給を受けた者には支給しないものとする。	する年度（４月から７月までに当該訓練促進費の支給を請求する場合にあっては、前年度）分の地方税法の規定による市町村民税が課されない者（市町村（特別区を含む。）の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者を含むものとし、当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。以下同じ。） 月額１００，０００円（養成機関における課程の修了までの期間の最後の１２月（その期間が１２月未満であるときは、当該期間）については、月額１４０，０００円） イ アに掲げる者以外の者 月額７０，５００円（養成機関における課程の修了までの期間の最後の１２月（その期間が１２月未満であるときは、当該期間）については、月額１１０，５００円）
修了支援給付金	ア 修業の修了日を経過した日以後に支給するものとし、原則として申請のあった日の属する月の翌月の末日に支給するものとする。この場合において、訓練促進給付金の支給を受け、准看護師養成機関を修了する者が、引き続き、看	次に掲げる対象者の区分に応じ、それぞれに定める額とする。 ア 対象者及び当該対象者と同じの世帯に属する者が修了日の属する月の属する年度（修了日の属する月が４月から７月までの場合にあっては、前年度）分の地方税法の規定に

	護師の資格を取得するために、養成機関で修業する場合には、原則として看護師養成機関の修了日を経過した日以降に修了支援給付金を支給するものとする。 イ 以前に修了支援給付金の支給を受けた者には支給しないものとする。	よる市町村民税が課されない者 50,000円 イ 前号に掲げるもの以外の者 25,000円
--	---	---

第1号様式、第3号様式、第4号様式、第6号様式、第8号様式及び第10号様式を次のように改める。

(表 面)

第1号様式(第7条関係)

阿賀野市高等職業訓練促進給付金等交付申請書

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者氏名

高等職業訓練促進給付金・高等職業訓練修了支援給付金の支給を受けたいので、下記により申請します。※いずれかに○をつけること。

①氏 名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	年
			月 日生
	個人番号		(歳)
②住 所	(〒 —)		電話 (—)
③過去の受給の有無	過去に(高等職業訓練促進給付金・高等職業訓練修了支援給付金)を受けたことが(ある・ない)		
④養成機関 及び修業 内容につ いて	養成機関名		
	所在地		電話 (—)
	修業期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	養成区分	昼間 ・ 夜間	
	修業に係る 資格	看護師・介護福祉士・保育士・理学療法士・作業療法士 ・その他()	
⑤希望する支払金融機関	金融機関名		口座の種類 (普通・当座)
	支店名		口座番号
	口座名義	フリガナ	
	☐ 公金受取口座を利用します		
⑥児童扶養手当の受給の 証明	上記申請者は、児童扶養手当を受給していることを証明する。 (担当者氏名)		
(備考)			

(注意)「⑥児童扶養手当の受給の証明」欄は、阿賀野市の児童扶養手当支給担当者が確認の上、記名します。

(裏 面)

⑦申請者と同一の世帯に属する者の氏名等について (住民票の世帯が別であっても、直系の血族又は兄弟姉妹で申請者と生計を同じくする方は記載してください。)			
1 氏 名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 —)		続柄
2 氏 名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 —)		続柄
3 氏 名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 —)		続柄
4 氏 名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 —)		続柄
4 氏 名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 —)		続柄
(備考)			

第3号様式(第9条関係)

年 月 日

阿賀野市長 様

(氏名)

阿賀野市高等職業訓練促進給付金出席状況報告書【 年 月分】

次のとおり高等職業訓練促進給付金の出席状況を報告します。

フリガナ			生年月日	年 月 日
氏 名				
住 所		〒 (電話)		
養成 機関 及び 修業 内容 につ いて	養成機関名			
	所 在 地	(電話)		
	修業期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	養成区分	☐ 昼間 ☐ 夜間 ☐ その他()		
	修業にかかる資格	☐ 看護師 ☐ 介護福祉士 ☐ 保育士 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ その他()		
要出席日数				
出席日数				

(養成機関記入欄)

上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 (養成機関の長) 印	
--	--

第4号様式(第7条関係)

16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族に関する申立書

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者氏名

私の所得税法上の扶養親族のうち、前年（申請日が1月から7月までの間にある場合は、前々年）の12月31日において年齢が16歳以上19歳未満であった者について、以下のとおり申し立てます。

1	フリガナ		続 柄		生年月日	年 月 日
	氏 名		住 所 (別居の場合)			
	個人番号					
2	フリガナ		続 柄		生年月日	年 月 日
	氏 名		住 所 (別居の場合)			
	個人番号					
3	フリガナ		続 柄		生年月日	年 月 日
	氏 名		住 所 (別居の場合)			
	個人番号					

【添付書類】

- ・16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の所得証明書

【注意事項】

- ・この申立書は高等職業訓練給付金等の支給を受けようとする者に、前年（申請日が1月から7月までの間にある場合は、前々年）の12月31日（年の途中で死亡した場合には、その死亡の日）において年齢が16歳以上19歳未満の所得税法上の扶養親族がいる場合に、その扶養親族の氏名や、当該給付金の支給を受けようとする者との続柄等をご記入いただくものです。
- ・所得税法上の扶養親族とは、前年（申請日が1月から7月までの間にある場合は、前々年）の12月31日（年の途中で死亡した場合には、その死亡の日）において、次のいずれにも該当する方です。
 - ① 配偶者以外の親族（6親等内の血族及び3親等内の姻族をいいます。）又は都道府県知事から養育を委託された児童（いわゆる里子）や市町村長から養護を委託された老人である
 - ② あなたと生計を一にしている
 - ③ 前年（申請日が1月から7月までの間にある場合は、前々年）の所得税法上の合計所得金額が48万円以下
 - ④ 青色申告書の事業専従者として給与の支払いを受けていない又は白色申告書の事業専従者でない

第6号様式(第9条関係)

阿賀野市高等職業訓練促進給付金等課税状況等届

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者氏名

下記のとおり、変更がありましたので届け出ます。

①氏 名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	年 月 日生 (歳)
②住 所	(〒 ー)	電話 (ー)	
③届出の内容	ア 課税状況の変更 イ 生計を同じくする扶養義務者等の異動		
④届出内容発生日	年 月 日		

第8号様式(第10条関係)

年 月 日

阿賀野市長 様

(氏名)

阿賀野市高等職業訓練促進給付金受給資格喪失届

次のとおり高等職業訓練促進給付金の受給資格を満たさなくなったので届け出ます。

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒 (電話)		
受給資格を満たさなくなった理由			
受給資格を満たさなくなった日	年 月 日		

年 月 日

阿賀野市長 様

(氏名)

阿賀野市高等職業訓練促進給付金修業完了届

次のとおり養成機関における修業課程を修了したので報告します。

フリガナ			生年月日	年 月 日
氏 名				
住 所		〒 (電話)		
申請区分		☐ 訓練促進給付金		
養成期間及び 修業内容について	養成機関名			
	所在地	(電話)		
	修業期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	養成区分	☐ 昼間 ☐ 夜間 ☐ その他()		
	修業に係る資格	☐ 看護師 ☐ 介護福祉士 ☐ 保育士 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ その他()		

附 則

この告示は、令和6年6月6日から施行し、改正後の阿賀野市高等職業訓練促進給付金等支給要綱の規定は、令和6年4月1日から適用する。