

山鹿市ひとり親家庭高等職業訓練促進継続給付金等支給要領を次のように定める。

令和8年8月18日

山鹿市長 早 田 順 一

山鹿市ひとり親家庭高等職業訓練促進継続給付金等支給要領

(趣旨)

第1条 この要領は、高等職業訓練促進継続給付金（以下「訓練促進継続給付金」という。）及び高等職業訓練修了支援特別給付金（以下「修了支援特別給付金」という。）（以下「訓練促進継続給付金等」という。）の支給に関し、高等職業訓練促進継続給付金等事業実施要綱（令和8年4月9日こ支家第181号こども家庭庁支援局長通知。）（以下「国継続実施要綱」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(支給対象者)

第2条 この要領による訓練促進継続給付金等の支給の対象となる者は、国継続実施要綱の4に定める者であつて、本市に住所を有するものとする。

(支給の申請等)

第3条 訓練促進継続給付金の支給を受けようとする者は、養成機関において修業を開始した日以後、ひとり親家庭高等職業訓練促進継続給付金等支給申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添付して市長に申請するものとする。ただし、公簿等によって確認することができる場合は、添付書類を省略することができる。

(1) 申請者及びその扶養している児童の戸籍謄本又は抄本並びに世帯全員の住民票の写し

(2) 次に掲げるいずれかの書類

ア 児童扶養手当証書の写し

イ 申請者の前年（1月から7月までの間に申請する場合にあつては、前々年とする。以下同じ。）の所得の額並びに加算対象扶養親族（所得税法（昭和40年法律第33号）に規定する扶養親族のうち、控除対象扶養親族（同法に規定する控除対象扶養親族をいう。以下同じ。）に該当しない30歳以上70歳未満の扶養親族以外のものをいう。以下同じ。）及び生計維持児童（申請者の扶養親族でない児童で申請者が生計を維持しているものをいう。以下同じ。）の有無及び数並びに老人扶養親族（同法に規定する老人扶養親族をいう。以下同じ。）及び特定扶養親族（同法に規定する特定扶養親族をいう。以下同じ。）の有無及び数についての市町村長の証明書（19歳未満の控除対象扶養親族がある者にあつては、当該控除対象扶養親族の数を明らかにすることができる書類及び当該控除対象扶養親族の前年の所得の額についての市町村長の証明書を含む。）

ウ 申請者の前々年（１月から７月までの間に申請する場合にあっては、当該申請をする日の属する年の３年前の年とする。以下同じ。）の所得の額並びに加算対象扶養親族及び生計維持児童の有無及び数並びに老人扶養親族及び特定扶養親族の有無及び数についての市町村長の証明書（１９歳未満の控除対象扶養親族がある者にあっては、当該控除対象扶養親族の数を明らかにすることができる書類及び当該控除対象扶養親族の前々年の所得の額についての市町村長の証明書を含む。）

(3) 国継続実施要綱の７の（１）ア（ア）に該当する世帯に属する者にあっては、その旨を証明する書類

(4) 支給申請時に修業している養成機関の長が在籍を証明する書類

２ 修了支援特別給付金の支給を受けようとする者は、養成機関において課程を修了した日から起算して３０日を経過する日までの間に、ひとり親家庭高等職業訓練促進継続給付金等支給申請書に前項第１号から第４号までに掲げる書類及び当該課程の修了証明書の写しを添付して市長に申請するものとする。ただし、公簿等によって確認することができる場合は、添付書類を省略することができる。

３ 市長は、前２項の申請書を受理したときは、その内容を審査し、速やかに支給の可否を決定するとともに、その結果を申請者に通知するものとする。

４ 前項の規定により支給の決定を受けた者（以下「受給者」という。）は、訓練促進継続給付金にあっては毎月、ひとり親家庭高等職業訓練促進継続給付金請求書（様式第２号）に出席状況又は修得単位の状況を証明する書類を添えて、修了支援特別給付金にあっては前２項に定める期間内に、ひとり親高等職業訓練修了支援特別給付金請求書（様式第３号）を、市長に提出して訓練促進給付金等の請求をするものとする。

（不支給）

第４条 国継続実施要綱の６の（１）の規定にかかわらず訓練促進継続給付金は、支給対象者が月の初日から末日までの全ての日を出席しない月（養成機関においてあらかじめ計画された休暇によりその全てを出席しない月を除く。）があるときは、当該月分については、支給しない。ただし、出席を要しない通信教育による養成機関において修業する場合にあって、学習に取り組んだことを養成機関が証明した場合は、この限りでない。

（受給資格喪失の届出）

第５条 受給者は、修業を取りやめた等の事由により支給要件に該当しなくなったときは、当該事由が生じた日から１４日以内にひとり親家庭高等職業訓練促進継続給付金受給資格喪失届（様式第４号）により市長に届け出なければならない。ただし、やむを得ない理由があるときは、この限りでない。

（その他）

第６条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要領は、令和８年９月１日から施行する。

## 様式第 1 号（第 3 条関係）

## ひとり親家庭高等職業訓練促進継続給付金等支給申請書

年 月 日

（宛先）山鹿市長

申請者氏名

訓練促進継続給付金・修了支援特別給付金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。なお、私の世帯について、申請のため必要な関係書類等を閲覧されることに同意します。

|                                                    |                                       |                                                |  |  |  |  |  |                  |         |          |          |                 |  |  |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|--|--|--|--|--|------------------|---------|----------|----------|-----------------|--|--|
| 氏 名                                                | フリガナ                                  |                                                |  |  |  |  |  |                  | 生 年 月 日 |          |          | 年 月 日生<br>( 歳 ) |  |  |
|                                                    |                                       |                                                |  |  |  |  |  |                  |         |          |          |                 |  |  |
| 個 人 番 号                                            |                                       |                                                |  |  |  |  |  |                  |         |          | 電話<br>番号 |                 |  |  |
| 住 所                                                | ( 〒 - )                               |                                                |  |  |  |  |  |                  |         |          |          |                 |  |  |
| 過去の受給<br>の有無等                                      | 過去に訓練促進継続給付金・修了支援特別給付金の支給を受けたことがある・ない |                                                |  |  |  |  |  |                  |         |          |          |                 |  |  |
| 本給付金と<br>同時に利用<br>する給付<br>金・貸付金<br>について            |                                       |                                                |  |  |  |  |  |                  |         |          |          |                 |  |  |
| 養成機関及<br>び修業内容<br>(修業証明<br>書を添付す<br>る場合は、<br>記載不要) | 養成機関名                                 |                                                |  |  |  |  |  |                  |         |          |          |                 |  |  |
|                                                    | 住 所                                   | ( 〒 - )                                        |  |  |  |  |  |                  |         | 電話<br>番号 |          |                 |  |  |
|                                                    | 修 業 期 間                               | 年 月 日から<br>年 月 日まで                             |  |  |  |  |  | 養成区分<br>昼間・夜間・通信 |         |          |          |                 |  |  |
|                                                    | 修業に係る<br>資 格                          | 看護師（准看護師）・介護福祉士・保育士・理学療法士・<br>作業療法士・美容師・その他( ) |  |  |  |  |  |                  |         |          |          |                 |  |  |
|                                                    | 訓練促進給付金の受給時から引き続き修業する養成機関で<br>ある・ない   |                                                |  |  |  |  |  |                  |         |          |          |                 |  |  |
| 振 込 先                                              | 金融機関名                                 |                                                |  |  |  |  |  | 支店名              |         |          |          |                 |  |  |
|                                                    | 口座の種類                                 | 普通・当座                                          |  |  |  |  |  | 口座番号             |         |          |          |                 |  |  |
|                                                    | フリガナ<br>口座名義                          |                                                |  |  |  |  |  |                  |         |          |          |                 |  |  |
| 備 考                                                |                                       |                                                |  |  |  |  |  |                  |         |          |          |                 |  |  |

申請者と生計を一にする者の氏名等

|                                                                              |      |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                           |        |
|------------------------------------------------------------------------------|------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1                                                                            | 氏 名  | フリガナ   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年<br>月 日                                                                                                                                 | 年 月 日生 |
|                                                                              | 個人番号 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄                                                                                                                                        |        |
|                                                                              | 住 所  | (〒 - ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請者の地方税上の扶養<br>親族に 該当・非該当                                                                                                                 |        |
| 2                                                                            | 氏 名  | フリガナ   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年<br>月 日                                                                                                                                 | 年 月 日生 |
|                                                                              | 個人番号 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄                                                                                                                                        |        |
|                                                                              | 住 所  | (〒 - ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請者の地方税上の扶養<br>親族に 該当・非該当                                                                                                                 |        |
| 3                                                                            | 氏 名  | フリガナ   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年<br>月 日                                                                                                                                 | 年 月 日生 |
|                                                                              | 個人番号 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄                                                                                                                                        |        |
|                                                                              | 住 所  | (〒 - ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請者の地方税上の扶養<br>親族に 該当・非該当                                                                                                                 |        |
| 4                                                                            | 氏 名  | フリガナ   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年<br>月 日                                                                                                                                 | 年 月 日生 |
|                                                                              | 個人番号 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄                                                                                                                                        |        |
|                                                                              | 住 所  | (〒 - ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請者の地方税上の扶養<br>親族に 該当・非該当                                                                                                                 |        |
| 5                                                                            | 氏 名  | フリガナ   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年<br>月 日                                                                                                                                 | 年 月 日生 |
|                                                                              | 個人番号 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄                                                                                                                                        |        |
|                                                                              | 住 所  | (〒 - ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請者の地方税上の扶養<br>親族に 該当・非該当                                                                                                                 |        |
| 上記1～5に記載した者のうち、婚姻（民法上の婚姻）によらないで母又は父となったもので、現に婚姻していない者がある場合、該当する番号にレ点をしてください。 |      |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |        |

注意

- 1 住民票上の同一世帯であるかを問わず、申請者と生計を一にする者を全て記入すること。
- 2 「続柄」の欄は、申請者との続柄を記入すること。

様式第 2 号（第 3 条関係）

ひとり親家庭高等職業訓練促進給付金請求書

年 月 日

（宛先）山鹿市長

住 所  
氏 名

年 月 日付け 号で支給決定された訓練促進継続給付金につ  
いて、 年 月分を請求します。

記

|         |                |                                  |
|---------|----------------|----------------------------------|
| 請 求 金 額 | 円              |                                  |
| 振 込 先   | 金融機関名          | 口座の種類<br>普通・当座・その他（            ） |
|         | 支店名            | 口座番号                             |
|         | (フリガナ)<br>口座名義 |                                  |
| 添 付 書 類 | 出席証明書          |                                  |
| 備 考     |                |                                  |

様式第 3 号（第 3 条関係）

ひとり親家庭高等職業訓練修了支援特別給付金請求書

年 月 日

(宛先) 山鹿市長

住 所

申請者

氏 名

年 月 日付け 号で支給決定された修了支援特別給付金を請求します。

|         |             |                        |
|---------|-------------|------------------------|
| 請 求 金 額 | 円           |                        |
| 振 込 先   | 金融機関名       | 口座の種類<br>普通・当座・その他 ( ) |
|         | 支店名         | 口座番号                   |
|         | 口座名義 (フリガナ) |                        |
| 備 考     |             |                        |

## ひとり親家庭高等職業訓練促進継続給付金受給資格喪失届

年      月      日

|                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                          |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| フリガナ                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                          | 電話番号 |
| 氏名                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                          |      |
| 住所                                                                                                                                                     | (〒            )                                                                                                                                          |      |
| 受給資格がなくなった理由                                                                                                                                           | ア 母子及び父子並びに寡婦福祉法第6条第1項に規定する配偶者のない女子又は同条第2項に規定する配偶者のない男子でなかったため<br>イ 山鹿市内に住所を有しなくなったため<br>ウ 養成機関での修業を取りやめたため<br>エ その他(                                  ) |      |
| 事由が発生した日                                                                                                                                               | 年        月        日                                                                                                                                      |      |
| (宛先) 山鹿市長<br><br><p style="text-align: center;">上記のとおり、訓練促進継続給付金を受給する資格がなくなりましたので届け出ます。</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">氏名</div> |                                                                                                                                                          |      |
| 備考                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                          |      |