

국민기초생활보장수급자 기능교육비 지원신청서

신청인	성명		주민등록번호		대상자와의 관계	
	주소	(☎ :)				

대상자	성명		주민등록번호		중복사업 신청여부	예/아니오
	희망수강 학원명			희망수강 과정명		
	해당학원 소재지	(☎ :)				
	학원수강료	월 ()원				
	기능교육비 지원금액	월 ()원				

* 학원수강료 내에서 최대 15만원 지원
 (예시: 학원수강료 14만원일 경우, 기능교육비 14만원 지원
 학원수강료 20만원일 경우, 기능교육비 15만원 지원)

- 국민기초생활보장수급자(생계·의료)로서 기능교육비 지원을 신청합니다.
- 기능교육비 지원 대상자로 선정 후 2개월 이상 연속하여 미 수강 시에는 즉시 지원이 중지 되는 것에 동의합니다.

2024년 월 일

신청인 : _____ (서명 또는 인)

용인시장 귀하

※ 아래의 사업 중복지원 불가
 - 스포츠강좌 이용권 사업, 드림스타트 특기적성 교육비, 가정위탁 학습활동 지원비