

記入日 令和2年7月10日

大阪府教育長 様

大阪府私立高等学校等奨学のための給付金受給申請書

受給対象となる生徒に関する事項

|                   |                                  |   |
|-------------------|----------------------------------|---|
| 生徒が在学する<br>学校の名称等 | 〇〇〇 高等学校                         | <input checked="" type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制 |
|                   | 1 年 A 組 1 番                      | 在学期間 令和2年4月1日～現在  |
| ふりがな              | おおさか たろう                         | 生徒の生年月日   |
| 生徒の氏名             | 大阪 太郎                            | 西暦 2004 年 4 月 2 日   |
| 生徒の住所             | 〒 540-8570<br>大阪府大阪市中央区大手前3-1-43 |   |

大阪府私立高等学校等奨学のための給付金支給要綱に基づき、令和元年度の奨学のための給付金(以下、「給付金」という。)の受給を申請します。

給付金の受給申請にあたっては、次の①～⑧の事項をすべて確認しています。(左に)

- ① この申請書の記載内容や添付書類等に虚偽や不正はありません。
- ② 上記の生徒について他の都道府県に対して保護者等のいずれもが給付金の申請を行っていません。
- ③ 上記の生徒は、児童福祉法による児童入所施設措置費の支弁対象(里親を含む)ではありません。
- ④ 上記の生徒が在学する高等学校等の設置者に、給付金受給申請に関する事務手続き及び給付金の代理受領を委任します。高等学校等の授業料以外の学校納付金を充当して相殺することに同意します。(上記のと下記の氏名)
- ⑤ 給付金の審査に関し大阪府の国公立学校所管の奨学金等給付調整が必要な大阪府内市町村の奨学金等給付金を併せて受給することはできません。
- ⑥ この申請書の記入内容に変更が生じた場合は、変更が生じた場合
- ⑦ 給付金に関する調査又は報告を求められた場合は、それに応じま
- ⑧ 給付金の受給に関し虚偽や不正があった場合は、給付金の全額を返還します。

奨学のための給付金は、全日制では3回を、通信制では4回を超えて受給することはできません。

※ 過去に他の高等学校等に在学していた場合は、次の欄に記入してください。

|   |     |  |         |               |
|---|-----|--|---------|---------------|
| 1 | 学校名 | <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制 | 在籍期間    | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
|   |     |  | 給付金受給回数 | 回             |
| 2 | 学校名 | <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制 | 在籍期間    | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
|   |     |  | 給付金受給回数 | 回             |

申請者(保護者等)に関する事項(この欄と上のは必ず申請者が直筆で記入してください。)

|       |                                   |   |                   |
|-------|-----------------------------------|---|-------------------|
| ふりがな  | おおさか はなこ                          | 生徒との続柄  | 父(母)              |
| 氏名自署欄 | 大阪 花子                             | <input type="checkbox"/> 7月1日現在、保護者は私一人です。<br><input type="checkbox"/> 親権者がおらず、私が申請者です。 |                   |
| 住所    | 〒 大阪府                             | <input checked="" type="checkbox"/> 生徒の住所と同じ(大阪府内に限る)                                   |                   |
| 昼間連絡先 | 自宅・その他( 06-1234-5678 )<br>電話番号( ) | 携帯電話  | ( 090 ) 1234-5678 |

申請者以外の保護者等に関する事項(父母ともに親権者である場合に記入してください。)

|      |            |  |       |
|------|------------|--|-------|
| ふりがな | おおさか しんたろう | 生徒との続柄                                       | (父)・母 |
| 氏名   | 大阪 新太郎     | (親権者である父母のいずれかを記入)                           |       |
| 住所   | 〒          | <input checked="" type="checkbox"/> 生徒の住所と同じ |       |

(申請受付日) 年 月 日

申請する給付金区分（該当する区分に☑を入れてください。）

|   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| ① | <input type="checkbox"/>            | <p>7月1日現在、生活保護受給（生業扶助が措置されている）世帯の生徒です。</p> <p>（次の書類を添付してください。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護（生業扶助）受給証明書（令和2年7月1日以降に発行されたもの）</li> </ul> <p>【給付金の支給年額は、全日制・定時制・通信制とも、52,600円】</p>  |
| ② | <input type="checkbox"/>            | <p>保護者等の全員の所得割が非課税である世帯の生徒です。</p> <p>①～③の区分のうち、世帯の状況に該当するものを選択し、☑を入れてください。</p> <p>（この区分に該当する兄弟姉妹はいません。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保護者等（親権者）の令和2年度の課税証明書等（ただし、下の◎に当てはまる場合は省略可能です。）</li> <li>住民票（課税証明書等の発行者が、大阪府以外の市町村の場合または、令和2年1月1日時点では大阪府外に住所を有していた場合）</li> <li>生徒本人の健康保険証の写し（扶養されていることを確認できるもの）</li> </ul> <p>【給付金の支給年額は、全日制・定時制は103,500円、通信制は38,100円】</p>  |
| ③ | <input checked="" type="checkbox"/> | <p>保護者等の全員の所得割が非課税である世帯の生徒です。</p> <p>生活保護（生業扶助）を受給していません。次に該当する兄弟姉妹がいます。※1</p> <p>※ 生徒の兄弟姉妹に関する事項を下記に記入してください。</p> <p>a: 同じ世帯に扶養されている（就業していない）生徒の兄又は姉が高校等に通っている</p> <p>b: 同じ世帯に扶養されている（就業していない）生徒の兄弟姉妹の生年月日が、平成9年7月3日から平成17年4月1日の間で、高校等（全日制・定時制）に通っていない</p> <p>※1 働いていないこと（収入が扶養の範囲内の方は除きます。）</p> <p>（次の書類を添付してください。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保護者等（親権者）の令和2年度の課税証明書等（ただし、下の◎に当てはまる場合は省略可能です。）</li> <li>住民票（課税証明書等の発行者が、大阪府以外の市町村の場合または、令和2年1月1日時点では大阪府外に住所を有していた場合）</li> <li>兄弟姉妹と生徒本人の健康保険証の写し（扶養されていることを確認できるもの）</li> <li>兄弟姉妹の在学証明書（以下に当てはまる場合のみ添付してください） <ul style="list-style-type: none"> <li>aの高等学校等に在学する兄姉が23歳以上であるとき</li> <li>bの兄弟姉妹のうち、弟妹が通信制の高等学校等に在学しているとき</li> </ul> </li> </ul> <p>【給付金の支給年額は、全日制・定時制は138,000円、通信制は38,100円（②と同額）】</p> |

◎ 課税証明書等の省略（区分②または③の場合のみ、省略する理由に該当する欄に☑を入れてください。）

控除対象配偶者は、所得割が課されていない（令和元年の収入が100万円以下）ため、添付を省略します。

（\*1）課税証明書の提出は、令和2年7月1日時点での扶養を確認するため、資格喪失予定年月日が令和2年6月30日以前の健康保険証の写しは原則、貼付けしないようお願いいたします。

被保険者記号・番号、保険者番号は黒塗りするなどしてマスキングを施してください。

|           |             |           |
|-----------|-------------|-----------|
| 健康保険被保険者証 | 家族（被扶養者）    | ****      |
|           | 平成●●年●月●日交付 |           |
|           | 記号          | 番号        |
| 氏名        | オオサカ タロウ    |           |
| 生年月日      | 平成15年4月2日   | 性別 *      |
| 認定年月日     | 平成●●年●月●日   |           |
| 被保険者氏名    | 大阪 花子       |           |
|           | 資格喪失予定年月日   | 平成●●年●月●日 |
| 事業所名称     | *****       |           |
| 保険者番号     | *****       |           |
| 保険者名称     | *****       |           |
| 保険者所在地    | *****       | 印         |

|          |   |
|----------|---|
| 続柄       | 生徒の (兄) ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹   |
| 年齢等      | 西暦 2001年 5月 2日生 19歳   |
| フリガナ     | オオサカ イチロウ   |
| 氏名       | 大阪 一郎   |
| 学校名勤務先など | <input checked="" type="checkbox"/> 上記の者を申請者が扶養しています。<br>××××専門学校 1年1組<br>高等学校等の場合 <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制 |

|           |             |           |
|-----------|-------------|-----------|
| 健康保険被保険者証 | 家族（被扶養者）    | ****      |
|           | 平成●●年●月●日交付 |           |
|           | 記号          | 番号        |
| 氏名        | オオサカ イチロウ   |           |
| 生年月日      | 平成12年5月2日   | 性別 *      |
| 認定年月日     | 平成●●年●月●日   |           |
| 被保険者氏名    | 大阪 花子       |           |
|           | 資格喪失予定年月日   | 平成●●年●月●日 |
| 事業所名称     | *****       |           |
| 保険者番号     | *****       |           |
| 保険者名称     | *****       |           |
| 保険者所在地    | *****       | 印         |