

記入日 年 月 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 学校の名称等	高等学校	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制
	年 組 番	在学期間 年 月 日～現在
ふりがな	生徒の生年月日	
生徒の氏名	西暦 年 月 日	
生徒の住所	〒	

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2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 給付金の審査に関し大阪府の国公立学校所管部門又は他の都道府県と情報交換を行うこと、また、給付金と併給調整が必要な大阪府内市町村の奨学金等がある場合、市町村に対して情報提供を行うことに同意します。
- ⑤ この申請書の記入内容に変更が生じた場合は速やかに届出します。
- ⑥ 給付金に関する調査又は報告を求められた場合は、それに応じます。
- ⑦ 給付金の受給に関し虚偽や不正があった場合は、給付金の全額を直ちに返還します。

⑧ 年収見込額が道府県民税及び市町村民税の所得割非課税に相当しなくなった場合は、給付金の全額を返還します

※ 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	生徒との続柄 父・母・()		
氏名自署欄	<input type="checkbox"/> 7月1日現在、保護者は私一人です。 <input type="checkbox"/> 親権者がおらず、私が申請者です。		
住所	〒 大阪府	<input 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() 電話番号()	携帯電話	()
家計が急変した時期	年 月	世帯の人数	人

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	父・母		
氏名	生徒との続柄 (親権者である父母のいずれかを記入)		
住所	〒	<input 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>全日制、定時制又は通信制の高等学校等に通う生徒です。 家計急変により、保護者等の全員の所得割が非課税に相当する世帯の生徒です。 生活保護(生業扶助)を受給していません。 生徒が全日制・定時制の高等学校等に通う場合、②に該当する兄弟姉妹はいません。</p> <p>(次の書類を添付してください。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者等（親権者）の「家計急変の発生事由を証明する書類」、「家計急変前及び家計急変後の収入を証明する書類」及び「保護者等の扶養親族の人数・年齢を確認するための書類」を提出してください。 (ただし、下の◎に当てはまる場合は、収入を証明する書類の省略が可能です。) ・住民票（発行後、3ヵ月以内のもの） ・生徒本人の在学証明書 ・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） <p>【給付金の支給年額は、全日制・定時制・通信制の支給年額を元に別途算出した金額です】</p>
②	<input type="checkbox"/>	<p>全日制、定時制又は通信制の高等学校等に通う生徒です。 家計急変により、保護者等の全員の所得割が非課税に相当する世帯の生徒です。 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 ※ 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 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 ※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"> ・保護者等（親権者）の「家計急変の発生事由を証明する書類」、「家計急変前及び家計急変後の収入を証明する書類」及び「保護者等の扶養親族の人数・年齢を確認するための書類」を提出してください。 (ただし、下の◎に当てはまる場合は、収入を証明する書類の省略が可能です。) ・住民票（発行後、3ヵ月以内のもの） ・生徒本人の在学証明書 ・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） ・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"> ・ a の高等学校等に在学する兄姉が23歳以上であるとき ・ 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 <p>【給付金の支給年額は、全日制・定時制・通信制の支給年額を元に別途算出した金額です】</p>

◎ 「収入を証明する書類」の省略

<input type="checkbox"/>	<p>控除対象配偶者については、所得割が課されておらず（令和元年の収入が100万円以下）、現在の収入状況にも変化がないため、添付を省略します。</p>
--------------------------	---

<健康保険証の写しについて>

生徒本人の健康保険証の写しを必ず貼り付けてください。

②に該当する兄弟姉妹がいる場合は、以下に記入し、兄弟姉妹の健康保険証の写しを貼り付けてください。※ 受給対象となる生徒が通信制の高等学校に在学する場合は記入・貼付不要

生徒本人の健康保険証の写し

ひとり親家庭医療医療証ではなく、健康保険証の写しが必要です。

続柄	生徒の	兄	・	姉	・	弟	・	妹	<p>左に記載した兄弟姉妹の健康保険証の写しをこの欄に貼付してください。</p> <p>就業していて、本人名義の健康保険証を有している兄弟姉妹は対象外となります。</p> <p>国民健康保険の場合、別途扶養の確認のために他の書類を求めることがあります。 (住民税が課税されるだけの恒常的な収入がある兄弟姉妹は対象外となります。)</p> <p>在学や就業をしていない場合は「学校名 勤務先 など」の欄に、無職などと記入してください。 ※該当する兄弟姉妹が複数名いる場合、そのうちの1名の健康保険証の写しを貼付してください。</p>
年齢等	西暦	年	月	日生	歳				
ふりがな									
氏名									
学校名 勤務先 など	<input type="checkbox"/> 上記の者を申請者が扶養しています。								
	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	年	組			

■ 給付金の振込口座

金融機関 名称		銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	金融機関 コード							
口座番号			口座名義 (フリガナ)										

上記振込口座の通帳の写しを必ず貼り付けてください。

金融機関名、口座番号、口座名義（カタカナ）が確認できるページの写しを貼り付けてください。
ネット銀行などで通帳が発行されない場合、ログイン後の画面コピーなどを貼り付けてください。

■ 生徒の在学証明（生徒本人の在学状況を下欄に証明を受けるか、あるいは在学証明書を添付してください。）

- (1) 対象生徒は、 年 月 日現在、本校に在学しています。
- (2) 対象生徒の本校での在学期間は、1頁に記載のとおりです。
- (3) 本校は、高等学校等就学支援金の支給対象校です。
以上、証明します。

年 月 日

（7月1日以降の日付のみ有効）

学校の所在地

高等学校等名

課程名

全日制 定時制 通信制

校長名

印