

記入日 2021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 学校の名称等	○○○ 高等学校	<input checked="" type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制
ふりがな	1年 A組 1番	在学期間(西暦) 2021年4月1日～現在
生徒の氏名	おおさか たろう 大阪 太郎	生徒の生年月日 西暦 2005年 8月 10日
生徒の住所	〒○○○-○○○ 大阪府○○市○○町○-○-○	

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3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に未納又は未収金がある場合は、給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自署欄への署名をもって委任します。)
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 給付金に関する調査又は報告を求められた場合は、それに応じます。
- ⑧ 給付金の受給に関し虚偽や不正があった場合は、給付金の全額を直ちに返還します。

※ 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(西暦)	年 月 日 ~ 年 月 日
			給付金受給回数	回 異動理由 <input type="checkbox"/> 転学 <input type="checkbox"/> 退学
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(西暦)	年 月 日 ~ 年 月 日
			給付金受給回数	回 異動理由 <input type="checkbox"/> 転学 <input type="checkbox"/> 退学

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。※1)

ふりがな	おおさか はなこ	生徒との続柄	父(母)
申請者氏名	大阪 花子	<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 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() 電話番号()○○○○—○○○○	携帯電話	()○○○—○○○○

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。※2)

ふりがな	おおさか しんたろう	生徒との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 親権者(父)
氏名	大阪 新太郎		<input type="checkbox"/> 親権者(母)
住所	〒	<input checked="" type="checkbox"/> 生徒の住所と同じ	

※1 障がい等により直筆が困難な場合は、大阪府にご相談ください。

※2 保護者が一人の場合は「申請者以外の保護者等に関する事項」の記入は不要です。

(学校記入欄) 就学支援金 学び直し支援金 (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。 （次の書類を添付してください。）</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活保護（生業扶助）受給証明書の原本（令和3年7月1日以降に発行されたもの） <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。 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、③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（親権者全員）の令和3年度の課税証明書等 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） 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3年1月1日時点では大阪府外に住所を有していた場合等） <p>【給付金の支給年額は、全日制・定時制は129,600円、通信制は50,100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。 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10年7月3日から平成18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（親権者全員）の令和3年度の課税証明書等 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、姉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・定時制は150,000円、通信制は50,100円（②と同額）】</p>

保険証は全面が映るようにコピーして貼り付けてください。
 特に国民健康保険証には、保険証右上部分に有効期限が記載されます。有効期限が見えるように、コピーをして貼り付けてください。
 被保険者記号・番号、保険者番号を黒塗りするなどしてマスキングしてください。

健康保険 被保険者証	家族（被扶養者） 平成●●年●月●日交付 記号 [黒塗り] 番号 [黒塗り]	****
氏名	オオサカ タロウ 大阪 太郎	
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	[黒塗り]	
保険者名称	***** *****	
保険者所在地	*****	印

③に該当する兄弟姉妹が、この欄には以下に記入し、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等に在学する場合は、以下の記入・貼付は不要です。

続柄	生徒の <u>兄</u> ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹
年齢等	西暦 2002 年 5 月 2 日生 19 歳
ふりがな	おおさか いちろう
氏名	大阪 一郎
学校名 勤務先 など	<p>いずれか一つに☑をいれてください。</p> <p><input type="checkbox"/>高等学校等 <input type="checkbox"/>特別支援学校(高等部) <input type="checkbox"/>大学・短大 <input checked="" type="checkbox"/>専門学校 <input type="checkbox"/>無職・浪人生 <input type="checkbox"/>その他 () <input type="checkbox"/>アルバイト(年収見込100万円未満)</p> <p>学校等に在学している場合は、次の欄に記入してください。</p> <p>×××× 高等学校・支援学校 大学・<u>専門学校</u> (1) 年 (1) 組 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</p>

健康保険 被保険者証	家族（被扶養者） 平成●●年●月●日交付 記号 [黒塗り] 番号 [黒塗り]	****
氏名	オオサカ イチロウ 大阪 一郎	
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	[黒塗り]	
保険者名称	***** *****	
保険者所在地	*****	印