

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	
フリガナ			生徒の生年月日		
生徒の氏名			昭和 平成	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、平成30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る場合は、次の欄に記入してください。

学校名		課程	<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。)

フリガナ		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	()	—	

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。)

フリガナ		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

①	<input type="checkbox"/>	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。 【給付金の支給年額は、全日制・定時制・通信制とも、52,600円】
②	<input type="checkbox"/>	保護者等の全員の所得割合算額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・定時制の場合、③に該当する兄弟姉妹はいません。 【給付金の支給年額は、全日制・定時制は89,000円、通信制は38,100円】
③	<input type="checkbox"/>	保護者等の全員の所得割合算額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。 ・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 ・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7年7月3日から15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。） 【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）】

課税証明書等の省略（区分②または③の場合のみ）

<input type="checkbox"/>	就学支援金の申請のために、学校に課税証明書等を提出済みのため、府の活用に同意し、添付を省略します。
<input type="checkbox"/>	控除対象配偶者は、所得割合算額が課されていない（平成29年の収入が100万円以下）ため、添付を省略します。

②又は③の給付金区分で申請する場合は、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。

③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。</p>
年齢等	平成 年 月 日生 歳	
フリガナ		
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。 年 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	

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。</p>
年齢等	平成 年 月 日生 歳	
フリガナ		
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。 年 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	