

（様式第1号の3）私立高等学校等用

忘れず記入⇒

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

専攻科進級月日を記入 ○年4月1日

1年生は2021年/2年生は2020年

生徒が在学する学校の名称等	大阪暁光高等学校		在学期間（西暦）	年 月 日～現在
ふりがな	専攻科1or2 年	組	番	生徒の生年月日
生徒の氏名	生徒氏名		西暦	年 月 日
生徒の住所	生徒住所			

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3年度の奨学のための給付金
 下、「給付金」という）の受給を申請します。



給付金の

←必ずここに☑を入れてください

（左に☑）

- この申請書の記載内容が添付書類等に虚偽や不正はありません。
- 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。
- 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。
- 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。）
- 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。
- 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。
- 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。
- 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	記入の必要なし		年 月 日	<input type="checkbox"/> 転学	<input type="checkbox"/> 退学
2	学校名	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	生徒との続柄 父・母・（ ）	
申請者氏名	保護者本人が記入。☑欄も忘れずに！	
住所	大阪府	
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	ふたり親の場合、忘れず記入してください！	
氏名	申請者による代筆可	
住所		

※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） 専攻科授業料支援金

（申請受付日） 年 月 日

申請する給付金

うら記入例

を入れてください。)

↓必ず☑

専攻科の高等学校等に通う生徒です。
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。



(次の書類を添付してください。)

- ・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）
- 給付金の支給年額は50,100円】

＜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。

7月1日時点有効の保険証の提出が出来ない場合、別途確認のために他の書類の提出を求めることがあります。

※保険者番号、被保険者等記号・番号を判別できないよう、黒塗りの上、貼り付けてください。

生徒本人の健康保険証コピー貼付

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。

社会保険における保険証で被保険者氏名が保護者ではない場合、国民健康保険の保険証で世帯主氏名が保護者ではない場合は、学校もしくは大阪府からお問合せをさせていただきます。

健康保険被保険者証

家族（被扶養者） 01541
平成23年 4月 6日交付

記号 [マスキング] 番号 [マスキング]

氏名 協会 花子
生年月日 昭和 35年 10月 20日 性別 女
認定年月日 平成 22年 4月 1日
被保険者氏名 協会 太郎

事業所名称 ○○ 株式会社

保険者番号 [マスキング]
保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部
保険者所在地 ○○市○○区○○町○-○-○

印

国民健康保険被保険者証

有効期限 平成20年10月21日
交付年月日 平成29年11月 1日 [交付日前有効]

記号番号 [マスキング]

氏名 国保 太郎
生年月日 昭和33年 3月 3日 性別 男
住所 大阪府北区中之島1丁目3番20号

世帯主氏名 国保 一郎
発給年月日 平成21年 5月 1日
交付開始年月日 平成21年 5月 1日
保険者番号 [マスキング] 大阪市 公印

支店住所 電話 06-6666-6666 FAX 0666-6666

マスキングが必要