

記入例

(様式第1号の3) 私立高等学校等用

(大阪府認可校・専攻科)

非課税世帯、生活保護世帯以外の方は、申請、提出する必要はありません

記入日 年 月 日

大阪府私立高等学校等奨学のための給付金受給申請書

忘れず記入

受給対象となる生徒に関する事項

専攻科に進級した年度を記入

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	○年4月1日～現在
ふりがな	専攻科 ○年	○組	○番	生徒の生年月日	
生徒の氏名	生徒氏名よみ			西暦 ○年 ○月 ○日	
生徒の住所	生徒氏名			〒 郵便番号	
	生徒住所				

☑をしていないと申請を受け付けてもらえません。必ず☑してください

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☑)

- 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。
- 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	<input type="checkbox"/> 専攻科	在籍期間	年 月 日 ~ 年 月 日
この部分記入不要です				
2	学校名		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	保護者本人が記入		ひとり親の方は必ず7月1日現在、保護者は私1人です。に☑を	
氏名自署欄	や☑を入れること 代筆不可。連絡のつく電話番号を必ず記入すること		<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。)

ふりがな	保護者が2名の場合は、ここも記入。上記保護者による代筆可		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。）

	<p>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。</p> <p>（次の書類を添付してください。）</p> <p>生活保護受給世帯は、生活扶助の受給が明記されている令和2年7月1日時点の受給状況が確認できる生活保護受給証明書の原本</p> <p>課税証明書はコピー不可。</p> <ul style="list-style-type: none">・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。）・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）・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38,100円】</p>
---	--

◎ 課税証明書等の省略（省略する理由に該当する欄に☑を入れてください。）

<input type="checkbox"/>	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。
--------------------------	---

<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。

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。

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

しっかり貼り付けてください