

奨学のための給付金（家計急変世帯への支援）申請書記入要領

実際に記入する日を記入してください。

過去に高等学校等に在学したことがない場合はチェック。ある場合は記入してください。

①～⑨までをよく読みチェック。

生徒の保護者等について記入。
⑩保護者等が1名の場合、上の枠のみ記入してください。

上の申請者と住所が同じ場合はチェック。
(記入が省略できます。)

(様式第1号の2) 奨学のための給付金・国公立高校用

大阪府教育委員会教育長様
奨学のための給付金受給申請書

記入日 令和 **5** 年 **7** 月 **1** 日

家計急変用

●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	大阪府立大阪 高等学校		学校の種類・課程・学科
フリガナ	1年 2組 3番	全日制 <input checked="" type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> 専攻科	
生徒名	オオサカ タロウ	生徒の生年月日	
生学年	大阪 太郎	昭和 30 年 1 月 1 日	
在学期間	平成 令和 5 年 4 月 1 日 ~ 現在	昭和 30 年 1 月 1 日	

過去に上記の高等学校以外の高等学校等に在学したことはありません。

※現在の学校以外の日本国内の高等学校等に在学したことがある場合は、右欄に記入してください。

学校名	在学期間	年 月 日	異動理由	<input type="checkbox"/> 転学 <input type="checkbox"/> 退学
		~ 年 月 日		

大阪府国公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5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①～⑨の事項をすべて確認しています。(左に✓)

- 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。
- 上記の生徒が在籍する高等学校等の学校徴収金に未納又は未取金がある場合は、給付金を充当して相殺することに同意します。(上記の☑と下記の手印をもって委任します。)
- 給付金の審査に関し大阪府の私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。
- 修正申告や更正決定等により、提出した課税証明書等の内容に変更があった場合は、速やかに届出します。

●申請者(保護者等)に関する事項 (この欄と上の生徒名及び✓は必ず申請者が直筆で記入してください。)

フリガナ	オオサカ イチロウ	生徒との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 親権者(父) <input type="checkbox"/> 親権者(母) <input type="checkbox"/> 生徒本人 <input type="checkbox"/> 未成年後見人 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者
申請者名	大阪 一郎		
基礎日住所	〒540-8571 大阪府 大阪市中央区大手前2丁目		
昼間連絡先	自宅・職場・携帯 012-3456-7890	昼間連絡先	自宅・職場・携帯 ()

●申請者以外の保護者等に関する事項

フリガナ	オオサカ ハナコ	生徒との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 親権者(父) <input checked="" type="checkbox"/> 親権者(母) <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者
名前	大阪 花子		
基礎日現在の住所	〒 申請者の住所と同じ		

※この欄は学校が使用します。記入しないでください。

学校番号	学校番号	学校番号	学校番号	学校番号
記入欄	番号	番号	番号	番号

学校 学び直し支援金 学校 学校 学校 学校
記入欄 番号 番号 番号 番号 番号
年 月 日 年 月 日

(1) 家計急変事由の発生日(離職日・廃業日・休職の開始日等)

令和 **5** 年 **5** 月 **2** 日

※ 基準日とは、以下によって定められるものです。
上記(1)が令和5年7月1日以前 ⇒ 基準日: 令和5年7月1日
上記(1)が令和5年7月2日以降 ⇒ 基準日: (1)の翌月の1日
(月の1日に離職等した場合は当月の1日)

(2) 申請する区分(いずれか一つの口に✓を入れてください。)

① 生徒は基準日現在、生活保護における生業扶助(高等学校等就学費)を受給していません。全日制・定時制の場合、②のa、bに該当する兄弟姉妹はいません。

② 生徒は基準日現在、生活保護における生業扶助(高等学校等就学費)を受給していません。全日制・定時制の場合、次のa、bに該当する兄弟姉妹がいます。

生徒と同じ世帯に扶養されていて、高等学校等専攻科に在学する兄または姉
生徒と同じ世帯に扶養されていて、中学校や高等学校(全日制・定時制)に在学していない、基準日現在15歳以上23歳未満の兄弟姉妹

※ 高等学校等とは、高等学校・高等学校及び中等教育学校の後期課程の専攻科・専修学校(高等課程)・中等教育学校(後期課程)・専修学校(一般課程)・高等学校専門学校(1~3学年)・各種学校(外国人学校・その他)・特別支援学校の高等部を指します。

(3) 給付金の振込口座に関する事項

金融機関名称	大阪 銀行 組合	大阪 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 口座番号 (7桁) 0123456
口座名義人(カタカナ)	オオサカ イチロウ		

※必ず左端から記入し濁点・半濁点は1文字とし、名前の区切りでは1文字分あけてください。

普通預金

銀行

支店

BANK

離職・廃業日、休職・休業の開始日、収入が減少し始めた日などを記入してください。(離職票や廃業等届出書などに記載されている日付をご確認ください。)

生徒と同じ世帯に扶養されていて、条件a・bにあてはまる兄弟姉妹がない場合は①、いる場合は②にチェック。

- a. 高等学校等に在学する兄または姉
- b. 15歳以上23歳未満の兄姉または中学校や高等学校(全日制・定時制)に在学していない弟妹

振込を希望する口座の通帳等の写しを貼り付けてください。生徒本人や、保護者以外の名義でも指定可能です。金融機関名、預金種別、口座番号、口座名義人(カタカナ)のわかる部分の写しを必ず貼り付けてください。

生徒及び兄弟姉妹の健康保険証を貼り付けてください。

①全体がはっきりと写ったものを貼り付けてください。
印刷が不鮮明で読み取れなかったり、見切れていたりすると再提出となる場合があります。

②被保険者等記号・番号及び保険者番号をマスキングしてください。

③内容について聞き取りを行うことがあります。

生徒又は兄弟姉妹の保険証が国民健康保険証である場合、チェック。

(様式第1号の2) 奨学のための給付金・国公立高校用

家計急変用

(4) 生徒本人の健康保険証貼付欄

大阪府立大阪 高等学校 1年 2組 3番

生徒名 **大阪 太郎**

健康保険 被保険者証

氏名 ●●●● 性別 ●

生年月日 平成00年0月00日

保険者番号 ●●●●

保険者所在地 ●●●●

電話番号 03(111)1234

(5) 生徒の兄弟姉妹の健康保険証貼付欄

④(2)②のa, bに該当する兄弟姉妹がいる場合のみご記入ください。
要件に該当する兄弟姉妹が2名以上いる場合は、いずれか1名分についてのみご記入ください。

続柄	生徒の 兄 姉 弟 ・ 妹	基準日現在の状況	<input type="checkbox"/> 高等学校等 <input type="checkbox"/> 特別支援学校
年齢等	平成13年8月1日生 21歳		<input checked="" type="checkbox"/> 大学・短大 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 無職
フリガナ	オオサカ モモコ		<input type="checkbox"/> アルバイト・パート(扶養内に限る)
名前	大阪 桃子		<input type="checkbox"/> その他 ()
在学する学校名	●●●● 高等学校・支援学校	高等学校	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制
	●●●● 大学・専門学校	高等学校課程	

国民健康保険 被保険者証

有効期限 ○○年○月○日

氏名 □□ □□ 性別 △

生年月日 □□○年○月○日

世帯主氏名 □□ □□

住 所 □□市□□町□丁目□番地

資格取得年月日 ○○年○月○日

発効期日 ○○年○月○日

交付年月日 ○○年○月○日

保険者番号 ●●●● □□市

(6) 扶養についての誓約事項

⑤申請区分が(2)②であり、(4)、(5)に貼付した健康保険証が国民健康保険証の場合のみチェックしてください。

基準日現在、生徒と(5)の兄弟姉妹を、申請者(もしくはもう一方の保護者等)が扶養していることを誓約します。

(7) 扶養親族の健康保険証貼付欄

扶養者①	名前 大阪 一郎	扶養者②	名前 大阪 花子
扶養親族の人数	3 人	扶養親族の人数	2 人
証明書類	<input checked="" type="checkbox"/> 課税証明書等の記載のとおり証明します。 <input type="checkbox"/> 以下(又は(4)、(5))に貼付の健康保険証のとおり証明します。 <small>※国民健康保険証である等、扶養の確認ができない場合、扶養誓約書の提出が必要になります。</small>	証明書類	<input type="checkbox"/> 課税証明書等の記載のとおり証明します。 <input checked="" type="checkbox"/> 以下(又は(4)、(5))に貼付の健康保険証のとおり証明します。 <small>※国民健康保険証である等、扶養の確認ができない場合、扶養誓約書の提出が必要になります。</small>

●健康保険証を貼付してください。

健康保険 被保険者証

氏名 ●●●● 性別 ●

生年月日 平成00年0月00日

保険者番号 ●●●●

保険者所在地 ●●●●

電話番号 03(111)1234

健康保険 被保険者証

氏名 ●●●● 性別 ●

生年月日 平成00年0月00日

保険者番号 ●●●●

保険者所在地 ●●●●

電話番号 03(111)1234

保険証の写し貼付欄⑤ (扶養親族)

⑤ 被保険者等記号・番号及び保険者番号はマスキング(黒塗り)してください。

保険証の写し貼付欄⑥ (扶養親族)

⑥ 被保険者等記号・番号及び保険者番号はマスキング(黒塗り)してください。

保険証の写し貼付欄⑦ (扶養親族)

⑦ 被保険者等記号・番号及び保険者番号はマスキング(黒塗り)してください。

保険証の写し貼付欄⑧ (扶養親族)

⑧ 被保険者等記号・番号及び保険者番号はマスキング(黒塗り)してください。

※貼付欄が不足している場合は、別途提出台紙に貼付し、併せてご提出ください。

申請書の記入は以上です。

保護者等それぞれの扶養親族の人数を記入してください。

また、その人数が正しいことを証明する書類として、**課税証明書等を提出するか、健康保険証の写しを提出するか**を選択してください。

⑨実際の扶養親族の人数と課税証明書等に記載されている人数が異なる場合は、**扶養親族全員分の健康保険証の写しを貼付**してください。

健康保険証の写しを貼付する場合、この欄に貼付してください。

⑩(4)又は(5)に、健康保険証の写しを既に貼付している場合、再度貼付していただく必要はありません。

⑪国民健康保険証の場合、別途扶養誓約書の提出が必要です。

記入は以上です。