

家計急変用

記入日 令和2年 月 日

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

Table with 3 main columns: 生徒が在学する学校の名称等, 大阪府立阿倍野高等学校, 学校の種類・課程・学科. Includes fields for name, address, and enrollment details.

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2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①～⑩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 上記の生徒が在籍する高等学校等の学校徴収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。
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。
⑨ 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。
⑩ 支給要件を満たさなくなった場合は、給付金の全額を直ちに返還します。

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。)

Table for applicant information includingフリガナ, 氏名自署欄, 住所, 昼間連絡先, and checkboxes for relationship to the student.

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。)

Table for guardian information includingフリガナ, 氏名, 住所, and checkboxes for custody status.

※この欄は学校・教育委員会が使用します。記入しないでください。(受付日 令和2年 月 日)

Table for school and committee registration details including school name, number, and support fund types.

基準日時点における保護者等の状況について

(1) 家計の急変した時期について

令和 年 月

(2) 生活保護法（昭和25年法律第144号）第36条の規定による生業扶助（高等学校等就学費）について

【 】月1日時点、生活保護（生業扶助）を受給していません。

(3) 次の保護者等の課税証明書等を提出します。

親権者がいる場合	①	<input type="checkbox"/>	親権者（両親）2名分
	②	<input type="checkbox"/>	親権者1名分 ・離婚、死別等により親権者が1名の場合 ・親権者が存在するものの、家庭の事情（例えば、ドメスティックバイオレンス、養育放棄等の事情が存在する場合）によりやむを得ず、親権者の1人の課税証明書等を提出できない場合 等
親権者がいない場合	③	<input type="checkbox"/>	未成年後見人【 】名分 【 】欄には未成年後見人の人数を記入してください。 親権者が存在せず、家庭裁判所等により未成年後見人が選任されている場合（法人又は財産に関する権限のみを行使すべきとされている者は除きます。） ※ 法的に選任を受けていない場合は、④に該当します。
	④	<input type="checkbox"/>	生徒の生計をその収入により維持している者（主たる生計維持者）1名分 ・親権者又は未成年後見人が存在しない場合、 ・成人に達しているが、主たる生計維持者が存在する場合 等
	⑤	<input type="checkbox"/>	生徒本人（親権者、未成年後見人又は主たる生計維持者のいずれも存在しない場合）

(3) に該当する場合は、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。

基準日時点有効の保険証の提出ができない場合、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。

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。

給付金の振込口座

金融機関名称	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 (7桁)					
口座名義人 (カタカナ)									

上記振込口座の通帳等の写しを必ず貼り付けてください。

金融機関名、口座番号、口座名義（カタカナ）が確認できるページの写しを貼り付けてください。
ネット銀行などで通帳が発行されない場合、ログイン後の画面コピーなどを貼り付けてください。
（キャッシュカードなどで、口座名義が確認できないものは無効です。）