

### 奨学のための給付金受給申請書

島根県公立高等学校等奨学のための給付金支給要綱に基づき、奨学のための給付金(以下、「給付金」という。)の給付を申請します。

※ すべての内容は、平成29年7月1日現在の状況を記載してください。

■申請者(保護者等) 例:父

フリガナ					生徒との続柄
氏名	姓		名		父・母 その他( )
住所	〒 ー ー 島根県				
昼間連絡先	自宅・その他( )		携帯		
保護者等の状況	<input type="checkbox"/> 平成29年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、生徒本人(又は )が申請者です。				

■申請者以外の親権者(保護者等) 例:母

フリガナ					生徒との続柄
氏名	姓		名		父・母 その他( )
住所	〒 ー ー <input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> (住所の記入は不要)				
昼間連絡先	自宅・その他( )		携帯		

■給付金の対象となる生徒

フリガナ					性別	年齢
氏名	姓		名		男・女	歳
住所	〒 ー ー <input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> (住所の記入は不要)				生年月日 昭和・平成 年 月 日	
在学する学校	高等学校				<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制	
	第 学年 組 番	高等学校等の在学期間等 平成 年 月 日 ~ 現在				
過去の高等学校等の在学期間(新しい順)	<input type="checkbox"/> 過去に高等学校等に在学したことはありません。 ( <input checked="" type="checkbox"/> を入れた場合は下記への記載は不要)					
	1	学校名 <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制	年 月 日 ~ 年 月 日			在学中に給付金を受給した回数 回
	2	学校名 <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制	年 月 日 ~ 年 月 日			在学中に給付金を受給した回数 回
	3	学校名 <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制	年 月 日 ~ 年 月 日			在学中に給付金を受給した回数 回

裏面も記入してください。➡



← 下の8つの事項を必ず、ご確認の上☑を付けてください。

- ①この申請書の記載内容は、事実に相違ありません。
- ②私は島根県以外の都道府県に奨学のための給付金の申請は行っていません。
- ③この申請の対象となる高校生等は児童福祉法による児童入所施設措置費(見学旅費又は特別育成費(母子生活支援施設の高校生等を除く))の支弁対象ではありません。
- ④給付金に関する調査又は報告を求められたときは、それに応じます。
- ⑤この申請書に虚偽の記載があった場合は、島根県の求めに従いその全額を即時返還します。
- ⑥給付金の返還を求められた場合、納期限を過ぎて納付しなかったときには延滞金を納めます。
- ⑦この申請の審査に必要な事項について、自治体、福祉事務所及び高等学校等へ照会することに同意します。
- ⑧この申請の審査に必要な事項について、高等学校等就学支援金または学び直し支援金の申請書類および届出書類の個人情報を利用または当該個人情報の提供を受けることに同意します。\*生徒が島根県立高等学校に在学の場合

■ 次の事項を確認し、下欄に自署・押印してください(任意)。\*生徒が島根県立高等学校に在学の場合

- ・ 生徒が在籍する高等学校の学校徴収金等に未納又は未収金がある場合は、給付金を充当します。(給付金の受領に関する一切の行為を学校長へ委任します。)

申請者(保護者等)氏名

印

■ 生活保護(生業扶助)を受給している世帯の方

- ・生業扶助を受給しています。

①7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。

○申請に必要な書類

- ・生活保護受給証明書  
(生業扶助が措置されている旨の記載があるもの)
- ・給付金振込口座の通帳等の写し(3ページに貼付)
- ・在学証明書(島根県立の高等学校の場合は不要)

■ 生活保護(生業扶助)を受給していない世帯の方

- ・生業扶助を受給していません。⇒⇒以下に署名、押印してください。

- 私の世帯は、7月1日現在で、生業扶助を受給していないことを誓約します。

申請者(保護者等)氏名

印

②、③のいずれかに☑してください。

- ② 保護者等の全員の市町村民税所得割額が0円である世帯の生徒です。  
生年月日が平成6年7月3日～平成14年4月1日までの間である兄弟姉妹がいません。

○申請に必要な書類

- ・生徒本人の健康保険証の写し(4ページに貼付)
- ・給付金振込口座の通帳等の写し(3ページに貼付)
- ・保護者等の全員の課税証明書等(注1)の写し
- ・在学証明書(島根県立の高等学校の場合は不要)

- ③ 保護者等の全員の市町村民税所得割額が0円である世帯の生徒です。  
生年月日が平成6年7月3日～平成14年4月1日までの間である兄弟姉妹がいます。

○申請に必要な書類

- ・生徒本人の健康保険証の写し(4ページに貼付)
- ・兄弟姉妹の健康保険証の写し(4ページに貼付)
- ・給付金振込口座の通帳等の写し(3ページに貼付)
- ・保護者等の全員の課税証明書等(注1)の写し
- ・在学証明書(島根県立の高等学校の場合は不要)

注1 高等学校等就学支援金の収入状況届を島根県教育委員会あてに既に提出している場合には課税証明書等の添付は省略できます。

ただし、配偶者控除を受けている場合であっても、控除対象配偶者の課税証明書等が必要になります。

■ 給付金の振込口座 (学校徴収金に未納又は未収金がある場合、振込されないことがあります。※生徒が島根県立高等学校に在学の場合)

金融機関名	銀行 金庫 組合	支店 店 出張所	<input type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 当座
口座番号	↓ 姓と名の間は1文字あける		
口座名義 (カタカナ)			
住所	〒 — <input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ場合は☑ (住所の記入は不要)		

■ 上記振込口座の通帳等の写しを貼り付けてください。

○△×銀行の普通預金をご利用いただきありがとうございます。

お名前 シマネ カスロウ 様

お届け印の貼付は廃止しました。

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。  
(口座名義が確認できないキャッシュカード等は受け付けられません。)

自動振替・諸契約ご利用メモ

種別	自動受取	自動支払
項目		
受取日		

平成〇〇年〇〇月〇〇日

○△×銀行

店番      口座番号  
0 0 1      1 2 3 4 5 6 7

島根 一郎 様

普通預金通帳

■生徒の兄弟姉妹(平成6年7月3日～14年4月1日生まれの者)【生活保護(生業扶助)を受給していない世帯の方のみ】

生徒との続柄	扶養の有無	氏名	生年月日	学校名学年・職業等	通信制の高等学校等の在学者は「○」
	有・無		H 年 月 日		
	有・無		H 年 月 日		
	有・無		H 年 月 日		
	有・無		H 年 月 日		
	有・無		H 年 月 日		

7月1日現在、私が主として給付金の対象となる生徒と上記の者(扶養有無を有と選択した兄弟姉妹)を扶養していること、及び事実と相違がないことを誓約します。

**扶養者氏名** 印

■生徒の兄弟姉妹(平成6年7月3日～14年4月1日生まれの者)がいる場合  
兄弟姉妹の健康保険証の写しを貼り付けてください。【生活保護(生業扶助)を受給していない世帯の方のみ】

兄弟姉妹の健康保険証の写しを全員分貼り付けてください。  
(不鮮明なものや端の切れているものは受け付けられません。)

有効期限 平成○年○月○日  
番号 1234567 10

性別 男

健康保険証  
被保険者証

氏名 シマネ タロウ  
島根 次郎

生年月日 平成 13年 ○月 ○日

住所 ○○市○○町○-○-○  
被保険者氏名 島根 一郎

認定年月日 平成 ○年 ○月 ○日

保険者番号 01010011

保険者名 ○○市

印

有効期限 平成○年○月○日  
番号 1234567 10

性別 女

健康保険証  
被保険者証

氏名 シマネ ハナコ  
島根 花子

生年月日 平成 10年 ○月 ○日

住所 ○○市○○町○-○-○  
被保険者氏名 島根 一郎

認定年月日 平成 ○年 ○月 ○日

保険者番号 01010011

保険者名 ○○市

印

■生徒本人の健康保険証の写しを貼り付けてください。【生活保護(生業扶助)を受給していない世帯の方のみ】

生徒本人の健康保険証の  
写しを貼り付けてください。  
(不鮮明なものや端の  
切れているものは  
受け付けられません。)

健康保険証  
被保険者証

有効期限 平成○年○月○日  
番号 1234567 10

氏名 シマネ タロウ  
島根 太郎

生年月日 平成 11年 ○月 ○日 性別 男

住所 ○○市○○町○-○-○  
被保険者氏名 島根 一郎

認定年月日 平成 ○年 ○月 ○日

保険者番号 01010011

保険者名 ○○市

印

(別紙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）受給証明書

平成 年 月 日

福祉事務所長 印

次の世帯が、平成 年7月1日現在、生活保護法（昭和25年法律第144号）第36条による「生業扶助（高等学校等就学費）」の受給中であることを証明する。

世帯主氏名	住所		
世帯員氏名			
氏名	続柄	生年月日 (例. 平成 年 月 日生)	保護開始日
証明書の使用目的 (例. 高等学校等奨学のための給付金の受給手続きのため)			
備考			