

(様式第1号)

1ページ目

島根県教育委員会教育長 様

令和 年 月 日
(提出日を記入)

奨学のための給付金受給申請書(家計急変用)

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。

■①申請者(保護者等) 例:父(親権者がいない場合は生徒本人)

フリガナ					生徒との続柄
氏名	姓		名		父・母・その他()
住所	〒 - 島根県				
屋間連絡先	携帯		自宅・その他()		
保護者等の状況	<input type="checkbox"/> 申請日現在、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。				

■②①以外の申請者(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	<input type="checkbox"/> ①の申請者と同じです。 〒 - 島根県				
屋間連絡先	携帯		自宅・その他()		

■給付金の対象となる生徒(生徒本人)

フリガナ					年齢
氏名	姓		名		歳
住所	<input type="checkbox"/> ①の申請者と同じです。 〒 - (①申請者の住所と異なる場合は記入)			生年月日	昭和・平成 年 月 日
在学する学校	高等学校等		<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制		
	高等学校等の在学期間等		年 月 ~ 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。 (☑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

2ページ目へ

■下記の事項を必ずご確認ください、相違なければ✓マークをしてください。

← 下記の事項に同意のうえ申請します。

- 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おりません。
- 3. 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。
- 4. 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。
- 5. 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。
- 6. 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。
- 7. この申請の審査に必要な事項について、生徒が島根県内の公立高等学校等に在学する場合、高等学校等就学支援金、学び直し支援金、または専攻科修学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。

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中生等を除く))の支弁対象ではありません。

※支弁を受けている場合は、奨学のための給付金は受給できません。

■下記の事項を確認し、同意される場合は下欄に署名・押印してください。

※生徒が島根県内の公立高校に在学の場合

生徒が在籍する高等学校等の学校徴収金等に未納金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

■生活保護受給状況の確認

下記の内容を確認の上、相違なければ口にしを記入し、署名・押印してください。

私の世帯は、現在、生活保護法(昭和25年法律第144号)第36条の規定による生活保護(生業扶助)を受給していません。

私の世帯は、現在、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

■生徒の兄弟姉妹の状況確認

1ページ目に記入した生徒以外で、7月1日現在、15歳(中学生を除く)以上23歳未満の兄弟姉妹がいます。

はい(YES)

いいえ(NO)

■生徒の15歳以上23歳未満の兄弟姉妹の状況確認

1ページ目に記入した生徒以外で、7月1日現在、15歳(中学生を除く)以上23歳未満の兄弟姉妹の情報を記入してください。(平成9年7月3日～平成17年4月1日生まれの者のみ記入)

※幼稚園・保育園・小学生・中学生の兄弟姉妹は記載不要

生徒との続柄	扶養の有無	氏名	生年月日	学校名・職業等 【※無職の場合は「無職」と記入】	通信制や専攻科の在学者は「○」
	有・無		H 年 月 日		通信制・専攻科
	有・無		H 年 月 日		通信制・専攻科
	有・無		H 年 月 日		通信制・専攻科

■国民健康保険の方は扶養に関する誓約について次の事項を確認し、下欄に署名・押印してください。

- ・現在、私が主として給付金の対象となる生徒を扶養していることを誓約します。
- ・上記の事実と相違がないこと(未記入の場合は兄弟姉妹がないこと)を誓約します。

扶養者氏名

印

■上記に記載した兄弟姉妹の健康保険証の写しを貼付。

兄弟姉妹(15歳以上23歳未満)の健康保険証の写しを扶養の有無に関わらず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られません。)

健康保険被保険者証

有効期限 平成〇年〇月〇日 番号 10

シマネ ジロウ 性別 男

島根 次郎

平成 13年 〇月 〇日

〇〇市〇〇町〇-〇-〇 島根 一郎

平成 〇年 〇月 〇日

〇110100111

〇〇〇市

氏名 生年月日 住所 被保険者氏名 認定年月日 保険者番号 保険者名

印

健康保険被保険者証

有効期限 平成〇年〇月〇日 番号 10

シマネ ハナコ 性別 女

島根 花子

平成 10年 〇月 〇日

〇〇市〇〇町〇-〇-〇 島根 一郎

平成 〇年 〇月 〇日

〇110100111

〇〇〇市

氏名 生年月日 住所 被保険者氏名 認定年月日 保険者番号 保険者名

印

■給付の対象となる生徒(生徒本人)の健康保険証の写しを貼付。

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られません。)

健康保険被保険者証

有効期限 平成〇年〇月〇日 番号 10

シマネ タロウ

島根 太郎

平成 11年 〇月 〇日 性別 男

住所 〇〇市〇〇町〇-〇-〇 島根 一郎

被保険者氏名

平成 〇年 〇月 〇日

〇110100111

〇〇〇市

氏名 生年月日 住所 被保険者氏名 認定年月日 保険者番号 保険者名

印

■給付金の振込口座

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)			
現住所	(申請者の住所と異なる場合は記入) 〒 -		

■上記振込口座の通帳等の写しを貼り付けてください。

〇△×銀行の普通預金をのりしる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。

①金融機関名、②口座番号、③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。

注）口座名義が確認できないキャッシュカード等は受けられません。

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
株式会社 〇△×銀行
(金融機関コード 〇〇〇〇)
取引店 〇〇支店

印

めくれるよう上部のみ

普通預金通帳