

立 学校長 様
(岩手県教育委員会)

公立高等学校等専攻科生徒奨学給付金給付申請書

4項目を必ず確認してください。

(申請に係る基準日：令和〇年〇月1日)

次の4点を確認の上、□にレ点を付けてください

- この申請書の記載内容は、事実と相違ない
- この申請書に虚偽の記載があった場合
- 私は岩手県以外の都道府県に専攻科生
- この申請の対象となる専攻科生徒は県育成費（母子生活支援施設の専攻科生徒

【基準日】

- ①前倒し給付の申請：4月1日
- ②通常の申請：7月1日
- ③家計急変による申請：
 - ・7月1日までに家計急変があった場合 →7月1日
 - ・7月2日以降に家計急変があった場合 →家計急変があった日の翌月1日 (家計急変があった日が月の初日の場合は当月1日)

公立高等学校等専攻科生徒奨学給付金の受給を申請します。

申請者住所	〒 123-4567 岩手県〇〇市〇〇1-2-3		
ふりがな	イワテ タロウ	電話番号	019-876-5432
申請者氏名	岩手 太郎		
専攻科生徒との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 父母以外の生計維持者 <input type="checkbox"/> 生徒本人 <input type="checkbox"/> その他 ()		

【対象となる専攻科生徒について】

ふりがな	イワテ ノノミ		生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
氏名	岩手 希			
在学する学校	学校の名称	岩手県立〇〇高等学校		
		<input type="checkbox"/> 国立 <input checked="" type="checkbox"/> 県立 <input type="checkbox"/> 市立 学校の種類・課程・学科： 高等学校（専攻科）		
	在学期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 在学中 (1 学年)		
	当該年度の休学期間	〇〇 年 月 日 ~ 〇〇 年 月 日 ←休学期間があれば記入		
過去の高等学校等専攻科における在学期間	学校名	在学期間	学校の種類・課程・学科	在学中に給付金を受給した回数
		〇〇 年 月 日から		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回
		〇〇 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 不明
		過去に他の専攻科に在学していた場合は記入		
	〇〇 年 月 日から			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回
	〇〇 年 月 日まで			<input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 不明

【扶養親族等の状況について】(非課税世帯(家計急変含む)の場合は記入してください。)

※上記生徒に基準日現在、当該世帯が扶養している高校生等及び15歳以上(中学生を除く。)23歳未満の兄弟姉妹がいる場合には、記入してください。

扶養親族の状況	生徒との続柄	氏名	生年月日	職業、学校名(高校生の場合は学年・全・定・通の別も記入)等	奨学給付金の申請の有無	備考
<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹	<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 兄弟(高校生等) <input type="checkbox"/> 通信制・専攻科 <input type="checkbox"/> 高校生等以外
	<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 兄弟(高校生等) <input type="checkbox"/> 通信制・専攻科 <input type="checkbox"/> 高校生等以外
	<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 兄弟(高校生等) <input type="checkbox"/> 通信制・専攻科 <input type="checkbox"/> 高校生等以外
	<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 兄弟(高校生等) <input type="checkbox"/> 通信制・専攻科 <input type="checkbox"/> 高校生等以外

【生計維持者の収入の状況について】（該当する□にシ点を付けてください。）

(1) 生活保護の受給状況について

私の世帯は基準日現在、生活保護法(昭和25年法律第144号)第36条の規定による生業扶助を、

受給しています

- ・生業扶助(高等学校等就学費)を受給していることが分かる証明書を提出してください。
- ・(2)以降の項目は記入不要です。

受給していません

- ・(2)以降の項目について記入してください。

(2) 次の者の個人番号カードの写し等（個人番号カード、通知カード、個人番号が記載された住民票の写し、住民票記載事項証明書等）、課税証明書等又は、家計の状況が確認できる書類を提出します。

①	<input type="checkbox"/>	親権者（両親）2人分 ※生徒が在学中に成人に達した場合で、未成年の時点の親権者2人の収入により生計を維持している実態に変更がない場合を含む
②	<input type="checkbox"/>	親権者1人分（親権者が、一時的に親権を行う児童相談所長、児童福祉施設の長である場合は、その者を除く。） ・離婚、死別等により親権者が1人の場合、 ・親権者が存在するものの、家庭の事情によりやむを得ず、親権者の1人の個人番号カード等、課税証明書等又は、確認書類を提出できない場合 等 ※生徒が在学中に成人に達した場合で、未成年の時点の親権者1人の収入により生計を維持している実態に変更がない場合を含む
③	<input type="checkbox"/>	未成年後見人（ ）人分 親権者が存在せず、未成年後見人が選任されている場合（未成年後見人が複数選任されている場合は、全員分） ※未成年後見人が法人である場合又は財産に関する権限のみを行使すべきこととされている者である場合は、その者を除く。 ※生徒が在学中に成人に達した場合で、未成年の時点の未成年後見人の収入により生計を維持している実態に変更がない場合を含む
④	<input checked="" type="checkbox"/>	生徒の生計をその収入により維持している者（生計維持者）（ 2 ）人分 両 ひ 父 所得確認を行う者の区分について、該当するものにチェックをしてください。 ④の場合は生計維持者の人数を記入してください。
⑤	<input type="checkbox"/>	生徒本人 父母、生計維持者のいずれも存在しない場合 等

(3) 次の理由により、課税証明書等を提出しません。

所得確認の対象が生徒本人（親権者、未成年後見人又生計維持者のいずれも存在しない場合）であるが、未成年で道府県民税所得割及び市町村民税所得割を課されるだけの収入を得ていない場合

【家計急変の状況について】(家計急変による申請の場合は、記載してください。)

家計急変の理由	家計急変による申請の場合は記載してください。 (非課税世帯の場合は記入不要です。)
---------	--

※申請後、決定通知書等が届くまでに就職等で家計の状況に変更が生じる場合は、直ちにお知らせください。

【所得確認の対象となる生計維持者について】

上記(2)の書類を提出する生計維持者の氏名及び専攻科生徒との続柄を記入してください。

氏名 (ふりがな)	生徒との続柄	氏名 (ふりがな)	生徒との続柄
いわて たくろう 岩手 太郎	父	いわて はなこ 岩手 花子	母

申請に係る基準日現在

在学証明書

下記の者は、令和〇年〇月1日現在、当高等学校専攻科に在学していることを証明します。

氏名	(ふりがな)	いわて	のぞみ
	姓	岩手	名 希
生年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
課程・学科等名	〇〇県立〇〇高等学校専攻科		学 年 1年
高等学校等専攻科修学支援金の受給権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

(該当する方に✓をしてください)

- 以下のア～ウのいずれかに該当します。(ア～ウのうち該当するものに○を付すこと)
- 以下のア～ウのいずれにも該当しません。

ア 退学、停学（三か月以上）の処分を受けた者

イ 前年度における習得単位数が当校の定める当該年度の標準習得単位数の5割以下の者

ウ 前年度における出席率が5割以下の者

※ア～ウのいずれかに該当する者で、災害、疾病その他のやむを得ない事由がある場合は、以下に具体的な状況を記載してください。

令和 〇年 〇月 〇日

〇〇県立〇〇高等学校

学校長 〇〇 〇〇

印

令和〇年〇月〇日

立 学校長
(岩手県教育委員会) 様

振 込 口 座 届

住所 **岩手県〇〇市〇〇1-2-3**申請者氏名 **岩手 太郎**

私が支給を受ける公立高等学校等専攻科生徒奨学給付金は、下記の口座に振り込んでください。
(希望する□にレ点を付けてください。)

- 高等学校諸会費等振替口座を希望（県内の県立高等学校在生徒のみ選択可）
- 下記の口座に振り込みを希望（申請者本人名義に限る。）

金融機関名	名 称	〇〇銀行
	支 店 名	◇◇支店
	種 類	普通・当座（いずれかに○印を付けてください。）
	口座番号	1234567

備考 高等学校諸会費振替口座以外を希望する方は、口座番号等の確認のため、通帳の表紙の写しを添付してください。

(参考様式-3)

給与見込証明書

雇用している者	住所	岩手県〇〇市〇〇1-2-3
	氏名	岩手 花子

1 契約内容

職名等 (職務内容含む)	パート		
雇用期間	昭和・平成・令和 〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日 まで ・ 未定		
更新の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (期間等) ・ 無		
給与(賃金) 支給形態	<input type="checkbox"/> ア 月給 月額 円		
	<input type="checkbox"/> イ 日給 日額		
	<input checked="" type="checkbox"/> ウ 時給 時給 <u>800</u> 円 ・ 1日 <u>6</u> 時間勤務で 週・月 <u>5</u> 日勤務		
	<input type="checkbox"/> エ その他 ()		
健康保険の加入の有無 (加入している場合は、1か月の掛金を記載)		<input checked="" type="checkbox"/> 有	健康保険料 (介護保険料含む) <u>6,011</u> 円 厚生年金保険料 <u>9,516</u> 円
給与等 支給日	毎月 <u>25</u> 日	支給内容	当月払 ・ <u>翌月払</u> ・ その他 (日~ 日分)
備考			

2 給与(賃金)の支給実績及び見込額(令和 年 月 日~令和 年 月 日)

支給期	総支給額(支給実績及び見込額) うち通勤手当
令和 4 年 7 月支給分	56,000 円 (2,000 円)
令和 4 年 8 月支給分	88,400 円 (2,000 円)
令和 4 年 9 月支給分	74,000 円 (2,000 円)
令和 4 年 10 月支給分	102,800 円 (2,000 円)
令和 4 年 11 月支給分	102,800 円 (2,000 円)
令和 4 年 12 月支給分	102,800 円 (2,000 円)
令和 5 年 1 月支給分	88,400 円 (2,000 円)
令和 5 年 2 月支給分	102,800 円 (2,000 円)
令和 5 年 3 月支給分	102,800 円 (2,000 円)
令和 5 年 4 月支給分	102,800 円 (2,000 円)
令和 5 年 5 月支給分	102,800 円 (2,000 円)
令和 5 年 6 月支給分	102,800 円 (2,000 円)
賞与等	
令和 年 月支給分	円 (円)
令和 年 月支給分	円 (円)
合計	1,129,200 円 (24,000 円)

※総支給額欄には、支給済額又は今後支給見込額を記載願います。

上記のとおり相違のないことを証明します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

所在地 岩手県〇〇市〇〇1-23

電話番号 019-987-6543

事業所名 ■■株式会社

事業主氏名 ●●●●

