



申請する給付金区分（該当する区分に☑を入れてください。）

①	<input type="checkbox"/>	<p>7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。</p> <p>（次の書類を添付してください。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護（生業扶助）受給証明書の原本（令和5年7月1日以降に発行されたもの）</li> </ul> <p>【給付金の支給年額は、全日制・定時制・通信制とも52,600円】</p>
②	<input type="checkbox"/>	<p>保護者等全員の市町村民税及び道府県民税所得割が非課税である世帯の生徒です。 <b>生活保護（生業扶助）を受給していません。</b></p> <p>生徒が全日制・定時制の高等学校等に通う場合、③に該当する兄弟姉妹はいません。</p> <p>（次の書類を添付してください。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保護者等全員の令和5年度の課税証明書等</li> <li>生徒本人の健康保険証の写し（扶養されていることを確認できるもの）</li> <li>住民票（課税証明書等の発行者が、大阪府以外の市町村の場合または、令和5年1月1日時点では大阪府外に住所を有していた場合等）</li> </ul> <p>【給付金の支給年額は、全日制・定時制は137,600円、通信制は52,100円】</p>
③	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>保護者等全員の市町村民税及び道府県民税所得割が非課税である世帯の生徒です。 <b>生活保護（生業扶助）を受給していません。</b>次に該当する兄弟姉妹がいます。※1</p> <p>※ 生徒の兄弟姉妹に関する事項を下記に記入してください。</p> <p>a：同じ世帯に扶養されている（就業していない）生徒の兄又は姉が高校等に通っている</p> <p>b：同じ世帯に扶養されている（就業していない）生徒の兄弟姉妹の生年月日が、平成12年7月3日から平成20年4月1日の間で、高校等（全日制・定時制）に通っていない</p> <p>※1 働いていないこと（収入が扶養の範囲内の方は除きます。）</p> <p>（次の書類を添付してください。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保護者等全員の令和5年度の課税証明書等</li> <li>兄弟姉妹と生徒本人の健康保険証の写し（扶養されていることを確認できるもの）</li> <li>兄弟姉妹の在学証明書（以下に当てはまる場合のみ添付してください）</li> </ul> <p>兄弟姉妹が23歳以上であるとき</p> <p>が通信制の高等学校等に在学しているとき</p> <p>が、大阪府以外の市町村の場合または、大阪府外に住所を有していた場合等）</p> <p>定時制は152,000円、通信制は52,100円（②と同額）】</p>

保険証は全面が映るようにコピーして貼り付けてください。

特に国民健康保険証には、保険証右上部分に有効期限が記載されます。有効期限が見えるように、コピーをして貼り付けてください。

被保険者記号・番号、保険者番号、二次元コードを黒塗りするなどしてマスキングしてください。

生徒の健康保険証の写し

健康保険被保険者証	家族（被扶養者）	****
記号	平成●●年●月●日交付	番号
氏名	オオサカ タロウ	
生年月日	大阪 太郎	性別 *
認定年月日	平成19年8月10日	
被保険者氏名	平成●●年●月●日	
事業所名称	資格喪失予定年月日 平成●●年●月●日	
保険者番号	*****	
保険者名称	*****	印
保険者所在地	*****	

③に該当する兄弟姉妹が複数いる場合、そのうち1名を記入し、兄弟姉妹の健康保険証の写しを貼り付けてください。

※該当する兄弟姉妹が複数名いる場合、そのうち1名の健康保険証の写しを貼付してください。

※「受給対象となる生徒」が通信制の高等学校に在学する場合は、以下の記入・貼付は不要です。

続柄	生徒の <b>兄</b> ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹
年齢等	西暦 2005 年 5 月 2 日生 18 歳
ふりがな	おおさか いちろう
氏名	大阪 一郎
学校名 勤務先 など	<p>いずれか一つに☑をいれてください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>高等学校等 <input type="checkbox"/>特別支援学校(高等部) <input type="checkbox"/>大学・短大</p> <p><input type="checkbox"/>専門学校 <input type="checkbox"/>無職・浪人生</p> <p><input type="checkbox"/>アルバイト・パート(扶養内に限る)</p> <p><input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>学校等に在学している場合は、次の欄に記入してください。</p> <p style="text-align: center;">○○○ <b>高等学校</b>・支援学校</p> <p style="text-align: center;">( 3 ) 年 ( 1 ) 組</p>
高等学校等の場合	<p>課程</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>全日制 <input type="checkbox"/>定時制 <input type="checkbox"/>通信制 <input type="checkbox"/>専攻科</p>

生徒の健康保険証の写し

健康保険被保険者証	家族（被扶養者）	****
記号	平成●●年●月●日交付	番号
氏名	オオサカ イチロウ	
生年月日	大阪 一郎	性別 *
認定年月日	平成17年5月2日	
被保険者氏名	平成●●年●月●日	
事業所名称	資格喪失予定年月日 平成●●年●月●日	
保険者番号	*****	
保険者名称	*****	印
保険者所在地	*****	

給付金の申請

申請済・申請予定 申請なし