

愛媛県教育委員会教育長 様

高校生等奨学給付金（家計急変）支給申請書

次の4点を確認の上、□に✓を記入してください。

- この申請書の記載内容は、事実と相違ありません。
- この申請書に虚偽の記載があった場合は、愛媛県の求めに従いその全額を即時返還します。
- 私は愛媛県以外の都道府県に高校生等奨学給付金の申請は行っておりません。
- 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。

高校生等奨学給付金の支給を申請します。

申請者住所等	〒	ふりがな	
	市 () 区 () 丁目 () 番 () 号 ()	申請者氏名	
高校生等との関係	親権者・未成年後見人・未成年後見人である里親・主たる生計維持者・生徒本人・その他 ()		
基準日	令和 年 月 日	当年度中の前倒し給付受給の有無 ※前倒し給付申請時は記入不要	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【有の場合】 受給した都道府県名 () 都・道・府・県 受給額 () 円

※基準日は、6月までの家計急変の場合は「7月1日」、7月1日以降の家計急変の場合は「申請日の属する月の翌月初日（その日が月の初日であるときは、その日）」を記入してください。なお、入学前に家計が急変した新入生で、4～6月分相当額の前倒し給付を申請する場合は、「4月1日」と記入してください。

【対象となる高校生等について】

ふりがな		生年月日	昭和 年 月 日
氏名		平成 年 月 日	
在学する学校	学校の名称	国立・公立 学校の種類・課程・学科：	
	学校の所在地	都道府県 市区町村	
	在学期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
過去の高等学校等における在学期間	学校名 立	年 月 日 ～ 年 月 日	学校の種類・課程・学科 在学中に給付金を受給した回数 なし 1回 2回 3回 4回 不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	学校名 立	年 月 日 ～ 年 月 日	学校の種類・課程・学科 在学中に給付金を受給した回数 なし 1回 2回 3回 4回 不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

【扶養親族の状況について】

基準日現在、上記の「対象となる高校生等」以外に扶養親族がいる場合には、必ず記入してください。記入した扶養親族の健康保険証の写しを扶養誓約書（様式第3号）の「健康保険証の写し等貼付欄」に添付してください。

氏名	続柄	生年月日 (年齢：基準日時点)	学校・学年・職業等	備考
(例) 愛媛 花子	妹	H21年8月2日 (満12歳)	〇〇町立〇〇中学校1年	

備考 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

※学校確認欄

①通信制と通信制以外の別	<input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> 通信制以外	支給額
②生活保護世帯、非課税世帯の別	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯	
③第1子、第2子以降の別	<input type="checkbox"/> 第1子 <input type="checkbox"/> 第2子以降	
④支給相当月数	<input type="checkbox"/> 4～6月分 <input type="checkbox"/> 年額 <input type="checkbox"/> 7月以降月割	

円