

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。 （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3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>保護者等の全員の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> 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（親権者全員）の令和3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3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129,600円、通信制は50,100円】</p>
③	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>保護者等の全員の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 ※ 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 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10年7月3日から平成18年4月1日の間で、高校等（全日制・定時制）に通っていない ※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（親権者全員）の令和3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）             <ul style="list-style-type: none"> <li>aの高等学校等に在学する兄姉が23歳以上であるとき</li> <li>bの兄弟姉妹のうち、弟妹が通信制の高等学校等に在学しているとき</li> </ul> </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3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150,000円、通信制は50,100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、保険者番号を

健康保険 被保険者証	家族（被扶養者） 平成●●年●月●日交付 記号●●●●●●●● 番号●●●●	****
氏名	オオサカ タロウ 大阪 太郎	
生年月日	平成15年4月2日	性別 *
認定年月日	平成●●年●月●日	
被保険者氏名	大阪 花子	
資格喪失予定年月日	平成●●年●月●日	
事業所名称	*****	
保険者番号	●●●●●●●●	
保険者名称	***** *****	
保険者所在地	*****	印

③に該当する兄弟姉妹がいる場合は以下に記入し、兄弟姉妹の健康保険証の写しを貼り付けてください。  
※「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 <b>2002</b> 年 <b>5</b> 月 <b>2</b> 日生 <b>19</b> 歳
ふりがな	<b>おおさか いちろう</b>
氏名	<b>大阪 一郎</b>
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 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  <input checked="" type="checkbox"/>専門学校 <input type="checkbox"/>無職・浪人生 <input type="checkbox"/>その他( )  <input type="checkbox"/>アルバイト(年収見込100万円未満)</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><b>××××</b> 高等学校・支援学校  <b>××××</b> 大学・<b>専門学校</b>          ( <b>1</b> ) 年 ( <b>1</b> ) 組          高等学校等の場合 <input type="checkbox"/>全日制 <input type="checkbox"/>定時制 <input type="checkbox"/>通信制</p>

健康保険 被保険者証	家族（被扶養者） 平成●●年●月●日交付 記号●●●●●●●● 番号●●●●	****
氏名	オオサカ イチロウ 大阪 一郎	
生年月日	平成12年5月2日	性別 *
認定年月日	平成●●年●月●日	
被保険者氏名	大阪 花子	
資格喪失予定年月日	平成●●年●月●日	
事業所名称	*****	
保険者番号	●●●●●●●●	
保険者名称	***** *****	
保険者所在地	*****	印