

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。） ・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） 【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。 生活保護（生業扶助）を受給していません。 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。 （次の書類を添付してください。） ・保護者等（親権者全員）の令和3年度の課税証明書等 ・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） ・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） 【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。 生活保護（生業扶助）を受給していません。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。 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。） （次の書類を添付してください。） ・保護者等（親権者全員）の令和3年度の課税証明書等 ・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） ・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） ・ a の高等学校等に在学する兄姉が23歳以上であるとき ・ 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 ・ 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） 【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 家族（被扶養者） ****
 被保険者証 平成●●年●月●日交付
 記号●●●●●●●● 番号●●●●●●
 オオサカ タロウ
 氏名 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 *****

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 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹
年齢等	西暦 2002 年 5 月 2 日生 19 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。 <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) 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。 ×××× 高等学校・支援学校 大学・専門学校 (<u>1</u>) 年 (<u>1</u>) 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 家族（被扶養者） ****
 被保険者証 平成●●年●月●日交付
 記号●●●●●●●● 番号●●●●●●
 オオサカ イチロウ
 氏名 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 *****