

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4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4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4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134,600円、通信制は52,100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11年7月3日から平成19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4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 ・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） 【給付金の支給年額は、全日制・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、保険者番号を黒塗りするなどしてマスキングしてください。

健康保険 被保険者証	家族（被扶養者） 平成●●年●月●日交付 記号 [黒塗り] 番号 [黒塗り] オオサカ タロウ 大阪 太郎 平成18年8月10日 性別 * 平成●●年●月●日 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 [黒塗り] 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 (兄) ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹
年齢等	西暦 2003 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	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・ <u>専門学校</u> (1) 年 (1) 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

健康保険 被保険者証	家族（被扶養者） 平成●●年●月●日交付 記号 [黒塗り] 番号 [黒塗り] オオサカ イチロウ 大阪 一郎 平成14年5月2日 性別 * 平成●●年●月●日 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 [黒塗り] 保険者名称 ***** 保険者所在地 *****	**** 印
---------------	--	-----------