

申請者氏名	
対象生徒氏名	
在学学校名	

高等学校等奨学給付金 健康保険証提出用台紙

※ここに、加算要件に該当する家族（対象生徒の兄弟姉妹であり、7月1日時点において保護者の扶養親族である①高校生等又は②生年月日が平成7年7月3日以降かつ平成15年7月2日以前（7月1日時点で15歳以上23歳未満）の方の健康保険証のコピー（氏名、生年月日、被保険者氏名、本人・被扶養者の別が確認できる箇所）をのり付けし提出してください。

※コピーは重ねたり折り曲げたりせず、不要な余白は切り取ってのり付けしてください。