

※消えるボールペン(フリクション等)、修正テープ、修正液の使用不可

愛知県知事殿

令和5年7月1日

次の4点を確認の上、□には必ず付はってください。

この申請内容を確認して必ず全てチェックすること。この場合は、愛知県の求めに従いその金額を即時返還します。

私は愛知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いません。

下記に記載した「加算要件に該当する家族」を対象とした高校生等奨学給付金の申請において、加算申請は行っていません。

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福祉施設に在籍する児童(母子生活支援施設の高校生等を除く)の支援者(保護者)のうち、様式第1-1の申請者と同じ内容を記入してください。

フリガナ	セイ	アイチ		メイ	ハナコ							
保護者等(申請者)氏名	姓	愛知		名	花子							
住所	〒	460	-	850	1	愛知県	名古屋	<input checked="" type="checkbox"/> 市	中	<input checked="" type="checkbox"/> 区	<input type="checkbox"/> 町	<input type="checkbox"/> 村
	三の丸3丁目1番2号											
	(住所が1行で収まらなければ2行目も使用)											
下記生徒との続柄	父	母	祖父	祖母	その他	その他を選択した場合記載						
受給資格審査のために、愛知県が申請年度の7月1日時点における保護者等の県民税情報及び市町村民税情報について、下記生徒が法第4条又は法第17条に基づき都道府県又は市町村若しくは高等学校等(以下、「県等」という)へ提出した受給資格認定申請書又は収入状況届出書及び所得に関する書類(当該生徒が学び直し支援金又は専攻科支援金を受給する場合は、受給資格確認のために提出した書類。また、書類の提出に代えて県等が市町村民税情報の確認を行うことについて同意された方は、市町村から県等へ提供された市町村民税情報)により、確認することに <input checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません												

令和5年度高等学校等奨学給付金の加算支給を申請します。また、下記記載内容に相違ないことを誓約します。

記

【加算対象生徒】

フリガナ	セイ	アイチ	メイ	ツバサ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input checked="" type="checkbox"/> 平成	18	年	8	月	27	日
対象となる扶養する生徒氏名	姓	愛知	名	翼		入學年月日	<input type="checkbox"/> 平成	<input checked="" type="checkbox"/> 令和	5	年	4	月	1	日
在学学校名・課程	〇〇高等		学校	全日制	課程	第1	学	年						

学校に在学の方はチェックを入れて学校の情報を記入してください。学校在学者以外は記入不要です。

は申請日時点)で保護者等が扶養する次の(1)・(2)いずれかに該当する者1名以上の兄弟姉妹は赤枠の内容に沿って記入してください。

氏名(加算要件に該当する家族)	生年月日		年齢	生徒との続柄				扶養者											
	区分	加算申請の有無		在学学校名		課程名													
1 愛知 秀明	平成	12	年	07	月	03	日	22	兄	<input checked="" type="checkbox"/>	弟	<input type="checkbox"/>	姉	<input type="checkbox"/>	妹	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 他()
	<input type="checkbox"/> 学校在学	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			学校	<input type="checkbox"/> 全日制	<input type="checkbox"/> 定時制	<input type="checkbox"/> 通信制	<input type="checkbox"/> 専攻科	<input type="checkbox"/> その他								
2 愛知 和子	平成	20	年	07	月	02	日	15	兄	<input type="checkbox"/>	弟	<input type="checkbox"/>	姉	<input type="checkbox"/>	妹	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 他()
	<input checked="" type="checkbox"/> 学校在学	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	△△△△		学校	<input type="checkbox"/> 全日制	<input type="checkbox"/> 定時制	<input type="checkbox"/> 通信制	<input type="checkbox"/> 専攻科	<input checked="" type="checkbox"/> その他								

保護者等の扶養親族のうち、

- ①高等学校等に在学していて加算額を申請していない方が、
- ②当該生徒の兄弟姉妹で高等学校等に在学しておらず、生年月日が平成12年7月3日～平成20年7月2日までの中学生以外の方を記入してください。

・7月1日時点で保護者に扶養されていない方は記入しないでください。

・条件に該当する方が複数いる場合でも全員記入する必要はありません。

※生徒に15歳以上23歳未満で扶養されている兄弟姉妹が一人もいない場合などは加算額の支給を受けることができません。

※記入例は兄妹2人分記載しておりますが、条件に該当する方を1人書くだけで結構です。兄弟姉妹全員書く必要はありません。

※審査使用欄

健康保険証	課税証明書	その他	通・専
記入しないこと。			

□基準額2対象

□基準額1対象 □対象外 記入しないこと。