

令和 年 月 日

東京都知事 殿

東京都国公立高等学校等多子世帯支援補助金の交付に関する申請書

東京都国公立高等学校等多子世帯支援補助金の交付に関する要綱第17条に規定する支給対象世帯に該当するため、同要綱第21条規定の交付方法について同意し、同要綱第19条の規定により以下のとおり申請します。

申請者住所 (保護者等)	〒 -	ふりがな	
	Tel ()	申請者氏名 (保護者等)	

【 1 対象となる高校生等について】

ふりがな			昭和 年 月 日 平成
氏名			
在学する学校	学校の名称	立	
		学校の種類・課程・学科：	
	学校の所在地	都 道 市 区 府 県 町 村	
	在学期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
過去の高等学校等 における在学期間	学校名	立	学校の種類： 課程： 全 ・ 定 ・ 通 学年制 ・ 単位制 学科：
	学校名	立	学校の種類： 課程： 全 ・ 定 ・ 通 学年制 ・ 単位制 学科：

【学校使用欄】

〈学校収受欄〉

上記対象となる高校生等に記載されている者について、次のことを証明します。

- ☐ 令和 年 月 1 日現在本校の 全日制・定時制・通信制 課程に在籍しています。
- ☐ 令和 年度高等学校等就学支援金の受給資格の認定を受けない期間があり、申請者（保護者等）が授業料等を納入する（予定）の期間及び金額は以下のとおりです。
ア納入期間 令和 年 月分から令和 年 月分まで
イ納入（予定）金額 円

学校の名称

学校長氏名 印

【2 扶養親族の状況について】

保護者等の扶養する23歳未満の子等（生徒本人又は生徒の兄弟姉妹）について記入してください。
扶養関係の確認として、記入した子の健康保険証等の写しを添付してください。

続柄	氏 名	年齢 (4月1日現在)	生年月日	学校名・職業等

【3 扶養の申し立てについて】

健康保険証等により扶養関係を確認できない場合は以下の申立欄に記載してください（国民健康保険証の場合等）。
健康保険証等により扶養関係を確認できる場合は、この欄の記載は不要です。

私が主として以下の者を扶養していることを申し立てます。

ふりがな		ふりがな	
被扶養者名		被扶養者名	
ふりがな		ふりがな	
被扶養者名		被扶養者名	

上記のとおり、事実と相違がないことを証明します。

ふりがな		ふりがな	
扶養者氏名 (保護者等)		扶養者氏名 (保護者等)	

【4 申請の状況について】

次の3点を確認の上、□にレ点を付けてください。

☐	この申請書の記載内容は、事実と相違ありません。
☐	この申請書に虚偽の記載があった場合は、東京都の求めに従いその全額を即時返還します。
☐	申請書の内容に変更が生じたときは、速やかに申し出ます。

【提出された個人情報の取扱いについて】

この東京都国公立高等学校等多子世帯支援事業（以下「本事業」という。）において提出された個人情報の取扱いについては、法令等に従い厳格かつ適正に管理します。なお、本事業に関する業務を他の事業者に委託して行わせる場合、委託先に対し、必要かつ適正な監督をいたします。
本事業を審査するため、必要な範囲内で在学する学校に対し、高等学校等就学支援金等に係る情報を照会します。あらかじめ御承知おきください。

【東京都使用欄】

〈収受欄〉