

生徒氏名		生徒住所	
保護者氏名		保護者住所	

1 世帯の状況 (生徒本人を含む世帯全員について記入)					2 収入の状況 (世帯で収入のある方全員について記入)			
続柄	氏名	年齢 (年度末)	収入の有無	備考	氏名	収入の種類	総収入額 (税込金額)	総所得額
			有・無					
			有・無					
			有・無					
			有・無					
			有・無					
			有・無					
			有・無					

備考欄には、都立学校在学生は学校名を記入し、収入のない方は状況を記入すること(休職中・専業主婦・病気療養中等)。
収入の種類：給与・事業・年金・その他
記入上の注意は枠外(※)を参照

3 特記事項					
世帯の状況	説明	該当の有無	事項	受給の有無・金額等	提出証明書
1 母子世帯・父子世帯	父母の一方又は両方が欠けている世帯	有・無	児童扶養手当の受給 遺族年金の受給	有・無 月額 円 有・無 月額 円	児童扶養手当証書の写 年金改定通知書又は振込通知書の写
2 障害者のいる世帯	身体障害者手帳1～3級、国民年金法施行令別表1～2級に該当する障害者(愛の手帳1～3度、保健福祉手帳1～2級を含む。)	有・無	障害者の等級 特別児童扶養手当の受給 障害年金の受給	身体障害者手帳 国民年金法施行令 有・無 月額 円 有・無 月額 円	身体障害者手帳の写 国民年金証書の写 特別児童扶養手当証書の写 年金改定通知書又は振込通知書の写
3 高齢者のいる世帯		有・無	高齢年金等の受給	有・無 月額 円	年金改定通知書又は振込通知書の写
4 交通遺児	保護者が交通事故により死亡又は重度の障害がある者(身障手帳1～3級)	有・無		事故日 年 月 日 死亡・後遺障害	自動車安全センター発行の事故証明書の写
5 医療費の支出のある世帯	申請月を含む直近12か月以内に3か月以上継続して同一人について支出した医療費の金額(自己負担支出額)	有・無		金額 円	医療機関発行の領収書
6 放射線障害者		有・無		治療中・治癒	厚生労働大臣の認定書又は被爆者手帳の写
7 高校生・高等専門学校生のある世帯		有・無	申請に係る生徒以外の高校生・高等専門学校生	有・無	在学証明書(都立高校、都立中等教育学校、都立特別支援学校の在学者は不要)
8 在宅患者	結核患者又はそれ以外の患者で3か月以上の治療を必要とし、かつ栄養の補給を必要とする者	有・無		結核患者・結核患者以外	結核又は栄養の補給を必要とすることが記載された医師の証明書又は診断書
9 失業中		有・無	失業手当の受給 職業訓練手当の受給	有・無 月額 円 有・無 月額 円	雇用保険受給資格証の写 金額が確認できるもの
10 今年就職した者(転職・再就職を含む)		有・無		就職日 年 月 日	雇用主発行の給与証明書

※「2 収入の状況」記入上の注意

- 一人で2以上の収入のある方は、収入の種類ごとに記入してください。
- 総収入額欄は、年間総収入額(税込)を記入してください。
- 総所得額欄は、給与収入の場合は源泉徴収票の給与所得控除後の金額を記入してください。
事業収入・不動産収入等については、必要経費控除後の金額を記入してください。
それ以外の収入については、収入額を記入してください。
- 今年就職した方及び失業手当・職業訓練手当受給中の方については、総収入額・総所得額の記入は不要です。

記入例

帯 状 況 届

令和 ● 年 ● 月 ● 日

生徒氏名	秋留 太郎	生徒住所	東京都あきる野市平沢●-●-●
保護者氏名	秋留 一郎	保護者住所	同上

1 世帯の状況 (生徒本人を含む世帯全員について記入)					2 収入の状況 (世帯で収入のある方全員について記入)			
続柄	氏名	年齢 (年度末)	収入の有無	備考	氏名	収入の種類	総収入額 (税込金額)	総所得額
父	秋留 一郎	46	有・無		秋留 一郎	給与	3,500,000	2,270,000
母	秋留 都子	45	有・無	専業主婦	秋留 二郎	給与	900,000	250,000
兄	秋留 二郎	21	有・無		秋留 太	老齢年金	804,200	804,200
兄	秋留 三郎	18	有・無	都立〇〇高校3年生				
本人	秋留 太郎	15	有・無	中学3年生				
弟	秋留 四郎	10	有・無	小学4年生				
祖父	秋留 太	73	有・無					

備考欄には、都立学校在学学生は学校名を記入し、収入のない方は状況を記入すること(休職中・専業主婦・病気療養中等)。
収入の種類：給与・事業・年金・その他
記入上の注意は枠外(※)を参照

3 特記事項

世帯の状況の「該当の有無」欄の全てに○を記入してください。「該当有」の場合は「受給の有無・金額等」に記入し、必要な証明書を添付してください。

世帯の状況	説明	該当の有無	事項	受給の有無・金額等	提出証明書
1 母子世帯・父子世帯	父母の一方又は両方が欠けている世帯	有・無	児童扶養手当の受給 遺族年金の受給	有・無 月額 円	児童扶養手当証書の写 年金改定通知書又は振込通知書の写
2 障害者のいる世帯	身体障害者手帳1～3級、国民年金法施行令別表1～2級に該当する障害者(愛の手帳1～3度、保健福祉手帳1～2級を含む。)	有・無	障害者の等級 特別児童扶養手当の受給 障害年金の受給	身体障害者手帳 国民年金法施行令 有・無 月額 円	級 級 身体障害者手帳の写 国民年金証書の写 特別児童扶養手当証書の写 年金改定通知書又は振込通知書の写
3 高齢者のいる世帯		有・無	老齢年金等の受給	有・無 月額 67,017 円	年金改定通知書又は振込通知書の写
4 交通遺児	保護者が交通事故により死亡又は重度の障害がある者(身障手帳1～3級)	有・無		事故日 年 月 日 死亡・後遺障害 級	自動車安全センター発行の事故証明書の写
5 医療費の支出のある世帯	申請月を含む直近12か月以内に3か月以上継続して同一人について支出した医療費の金額(自己負担支出額)	有・無		金額 円	医療機関発行の領収書
6 放射線障害者		有・無		治療中・治癒	厚生労働大臣の認定書又は被爆者手帳の写
7 高校生・高等専門学校生がいる世帯		有・無	申請に係る生徒以外の高校生・高等専門学校生	有・無	在学証明書(都立高校、都立中等教育学校、都立特別支援学校の在学者は不要)
8 在宅患者	結核患者又はそれ以外の患者で3か月以上の治療を必要とし、かつ栄養の補給を必要とする者	有・無		結核患者・結核患者以外	結核又は栄養の補給を必要とすることが記載された医師の証明書又は診断書
9 失業中		有・無	失業手当の受給 職業訓練手当の受給	有・無 月額 円 有・無 月額 円	雇用保険受給資格者証の写 金額が確認できるもの
10 今年就職した者(転職・再就職を含む)		有・無		就職日 年 月 日	雇用主発行の給与証明書

- ※「2 収入の状況」記入上の注意
- 一人で2以上の収入のある方は、収入の種類ごとに記入してください。
 - 総収入額は、年間総収入額(税込)を記入してください。
 - 総所得額は、給与収入の場合は源泉徴収票の給与所得控除後の金額を記入してください。
事業収入・不動産収入等については、必要経費控除後の金額を記入してください。
それ以外の収入については、収入額を記入してください。
 - 今年就職した方及び失業手当・職業訓練手当受給中の方については、総収入額・総所得額の記入は不要です。