

端末購入支援金（多子世帯補助）扶養親族等状況届

1 生徒本人及び保護者等（申請者）の情報				
販売番号				
生徒氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
入学・進級する学校名	高等学校・中等教育学校			
課程				
小学科				
保護者等（申請者）住所	〒 ー 都道府県 市区町村			
保護者等（申請者）氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
保護者等（申請者）連絡先電話番号	ー ー			
2 扶養親族等の状況（保護者等の扶養する23歳未満の子等（生徒本人及び生徒の兄弟姉妹）について記入）				
続柄	氏名	年齢 (4月1日現在)	生年月日	学校名・職業等
		歳	平成 年 月 日 令和	
		歳	平成 年 月 日 令和	
		歳	平成 年 月 日 令和	
		歳	平成 年 月 日 令和	
		歳	平成 年 月 日 令和	
		歳	平成 年 月 日 令和	
※ 生徒本人が入学又は進級する年度の4月1日時点で扶養されている生徒本人及び生徒の兄弟姉妹の状況を記入してください。 ※ 年齢については、生徒本人が入学又は進級する年度の4月1日時点で記載してください。 ※ 生徒の兄弟姉妹が各々の学校で申請をする場合、扶養親族等の状況は必ず同じ状況を記載してください。				
3 扶養申立書（保護者等の扶養する23歳未満の子等（生徒本人及び生徒の兄弟姉妹）について記入）				
※ 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書に記載する（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不要です。				
令和 年 月 日				
扶養申立書				
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。				
フリガナ		フリガナ		
被扶養者氏名		被扶養者氏名		
フリガナ		フリガナ		
被扶養者氏名		被扶養者氏名		
上記のとおり、事実相違がないことを証明します。				
申立者住所（扶養者）	〒 ー	フリガナ		
		申立者氏名（扶養者）		

端末購入支援金（多子世帯補助）健康保険証（写）貼付様式

健康保険証の写しがA4サイズより小さい場合に、本様式に貼り付けてご提出ください。
(コピーした紙がA4判の場合は、そのままご提出ください。)

(日本工業規格A列4番)