

第 1 号様式（第 6 条関係）

士幌町高等学校等修学支援金給付申請書

令和 年 月 日

士幌町長 様

申請者 住 所 士幌町字
(保護者)
氏 名

令和 7 年度の士幌町高等学校等修学支援金の給付を受けたいので、次のとおり申請
します。この申請の事務手続きに当たり、士幌町保健福祉課が、私及び私の世帯の地
方税関係情報等を取得することに同意します。

記

1 生徒氏名等		年 月 日生	男・女
2 学 校 名 等	高等学校 課程 第 学年		
3 18 歳以下 の 児 童 数	人 ※裏面に氏名・生年月日を記入ください。		
4 児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 受給している（全部を停止されている者は除く。） ※児童扶養手当は、ひとり親家庭に支給される制度です。		
5 口座指定	金融機関	銀行 本店 信金 支店 農協 支所	
	口座番号	普通・当座	
	口座名義人 (カナ)		

※必要添付書類

- ・ 在学証明書（基準日以降のもの）
- ・ 所得証明書（令和 7 年 1 月 1 日以降に士幌町へ転入した場合のみ）

第 1 号様式（裏面）

1 8 歳以下の児童

児童の氏名	生年月日
	年 月 日生
	年 月 日生
	年 月 日生
	年 月 日生
	年 月 日生
	年 月 日生

〔参考〕

給付対象基準額

世帯における 18 歳以下の 児童の数	基準額 (世帯の総所得金額の合計)
1 人	3,100,000 円
2 人	3,480,000 円
3 人	3,860,000 円
4 人	4,240,000 円
5 人	4,620,000 円
6 人	5,000,000 円