

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

〔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