

様式第1号（第3条、第8条、第14条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

第 号
年 月 日

静岡県知事 川勝 平太 様

学校名
校長名

教育奨学金書類の提出について

別添のとおり教育奨学金（教育資金・奨学金）の貸与等に関する書類が提出されたので確認のうえ提出します。

学年（年次）	生徒（学生）氏名

担当者職氏名
電 話

様式第2号（第4条、第15条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

給 与 証 明 書

年 月 日

静岡県知事 川勝 平太 様

事業主（雇主）住所

事業主（雇主）名

㊦

次のとおり証明します。

（単位：円）

住 所		職 名		
氏 名		職務内容		
区 分	前3か月分の平均	前 3 か 月 分		
		月分	月分	月分
勤 務 日 数				
収 入	基 本 給			
	（ 日 給 ）	（ ）	（ ）	（ ）
	交 通 費 手 当			
	諸手当（交通費手当を除く）の合計額			
	賞与手取額（前年合計額の12分の1の額）			
小 計（A）				
所得税、住民税、社会保険料、雇用保険料、介護保険料の控除合計額				
労 働 組 合 費				
小 計（B）				
差引支給額（A－B）				

1 社会保険料とは、健康保険の保険料、国民健康保険の保険料（保険税）、国民年金の保険料、厚生年金保険の保険料、共済組合の掛金をいいます。

2 新規に就職した場合は、「前3か月分の平均」を「今後1年間の収入予定額」に読み替えるものとし、前3か月分欄への記入は要しません。

収 入 申 告 書

年 月 日

静岡県知事 川勝 平太 様

住 所
 申告者
 氏 名

収入について次のとおり申告します。

(単位：円)

収入の種別（具体的に書いてください。）				
区 分	前3か月分 の 平 均	前 3 か 月 分		
		月分	月分	月分
収 入 総 額 (A)				
内 訳				
※働いた日数				
※一日平均働いた時間				
必要経費総額 (B)				
内 訳				
差引手取収入 (A-B)				

- 1 この用紙は、給与証明書を提出できない人が使用してください。
- 2 事業収入の場合、控除できるものは、一般に原材料費、仕入代、店舗の家賃、地代、交通費等ですが、業種により状況が異なりますので具体的に記入してください。
- 3 ※印欄は日給及び時間給で給与証明のとれない人のみ記入してください。
- 4 日雇等による日給の場合は、主な収入元の名称を書いてください。

様式第4号（第4条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

主たる家計支持者の単身赴任
長期療養による経費内訳調書
火災・風水害・盗難

年 月 日

静岡県知事 川勝 平太 様

住 所
申告者
氏 名

年 月 日から（単身赴任・長期療養・被災）している経費は次のとおりであることを申告します。

（単位：円）

項目 年月						月 計
年 1月						
2月						
3月						
4月						
5月						
6月						
7月						
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						
領 収 書 計						
年間(見込)計						

- 1 単身赴任の場合：表中上段に、家賃、電気、ガス、水道等の費用項目を記入し、各々の数ヶ月分の領収書を添付し、年間(見込)計を推計してください。
- 2 長期療養の場合：病院又は医師の領収書（6ヶ月以上の療養費）を添付し、年間(見込)計を推計してください。
- 3 火災・風水害・盗難：罹災証明書又は被害届等を添付し、日常生活を営むために必要な資材に被害を受けた場合は、最低限度の衣料・家具の購入費又は修繕費等を記入し、生産手段（田・畑・店舗等）に被害を受けた場合は、長期にわたって収入減を予想される金額を記入してください。

様式第5号（第4条、第15条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

口座振込依頼書
（委任状）

年 月 日

静岡県知事 川勝 平太 様

郵便番号
住 所
申請者（フリガナ）
氏 名
電話番号（ ） 印

下記のとおり教育奨学金の口座振込を依頼します。
（教育奨学金の受領の権限を下記口座名義人に委任します。）

振込先口座	振込先金融機関名	※1 銀行 金庫 農協 店 出張所 所
	預貯金種別	※2 普通預金
	預貯金口座番号	
	フリガナ	
	氏名	
	郵便番号	—
口座名義人	住所	
	電話番号	()

※1 正確な金融機関名を記入の上、該当するものを○で囲んでください。

※2 預貯金種別が普通預金であることを確認の上、○で囲んでください。

様式第6号（第12条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

（表）

診 断 書

住 所			
氏 名		生年月日 ・性別	年 月 日 男・女
病 名		手術を受けた年月日	年 月 日
発病・受傷 場所		発病・受傷 年月日	年 月 日
心身の障害 の程度	番号	心身の障害の状態	
第1級	1	常時心神喪失の状況にあるもの	
	2	両眼の視力が0.02以下に減じたもの	
	3	片目の視力を失い、他方の目の視力が0.06以下に減じたもの	
	4	そしゃくの機能を失ったもの	
	5	言語の機能を失ったもの	
	6	手の指を全部失ったもの	
	7	常に床について複雑な看護を必要とするもの	
	8	前各号に掲げるもののほか、精神又は身体の障害により労働能力を喪失したもの	
第2級	1	両眼の視力が0.1以下に減じたもの	
	2	鼓膜の大部分の欠損その他により両耳の聴力が耳かくに接しなければ大声を解することができない程度以上のもの	
	3	そしゃく及び言語又はそしゃく若しくは言語の機能に著しい障害を残すもの	
	4	せき柱の機能に著しい障害を残すもの	
	5	片手を腕関節以上で失ったもの	
	6	片足を足関節以上で失ったもの	
	7	片手の三大関節中二関節又は三関節の機能を失ったもの	
	8	片足の三大関節中二関節又は三関節の機能を失ったもの	
	9	片手の五つの指又は親指及び人差指をあわせて四つの指を失ったもの	
	10	足の指を全部失ったもの	
	11	せき柱、胸かく、骨盤軟部組織の高度の障害、変形等の理由により労働能力が著しく阻害されたもの	
	12	半身不随により労働能力が著しく阻害されたもの	
	13	前各号に掲げるもののほか、精神又は身体の障害により労働能力に高度の制限を有するもの	
備考	1 各号の障害は、症状が固定し、又は回復の見込みのないものに限る。 2 視力を測定する場合においては、屈折異常のものについてはきょう正視力により視表は、万国式試視力表による。		
上記心障害の程度 該当級・番号	第 級 番号 番		

(裏)

発病又は受傷の原因

現在までの経過（年月順に記入）

現在の症状

機能回復の可能性

その他所見

上記のとおり診断します。

年 月 日

住 所

医 師

氏 名

印

- 1 訂正を行なう場合は、必ず訂正印（医師の氏名に押印したものと同一印）を使用してください。
- 2 この診断書は、静岡県高等学校等教育資金及び高等学校等奨学金の返還債務の免除申請を行なうために使用するものです。
- 3 症状が固定し、若しくは回復の見込のないものの番号にも○を付けてください。