

家 計 調 書

[全員提出] 様式1

※グレーの部分は記入不要です。

受験番号(新入生のみ)	学籍番号	氏名
本人住所：〒 _____ (本人携帯☎： _____)	家族住所：〒 _____ (実家☎： _____)	
メールアドレス(新入生のみ記入してください) _____ @ _____	通学区分： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外	

続柄	氏名	年齢	職業	給与所得の合計(千円)		給与所得以外の合計(千円)	
本人			学生				
家族状況 別生計者は続柄に○を付ける。例：(兄)(祖父)	父						
	母						

続柄	氏名	年齢	↑太枠内は記入しないでください。				
本人以外の就学者			学校名： _____		(学年： _____ 年)		
	設置区分： <input type="checkbox"/> 国立 <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 中等教育学校(後期課程) <input type="checkbox"/> 大学(短大・大学院含む) <input type="checkbox"/> 高専 <input type="checkbox"/> 専修学校(高等) <input type="checkbox"/> 専修学校(専門)			通学区分： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外		
			学校名： _____		(学年： _____ 年)		
	設置区分： <input type="checkbox"/> 国立 <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 中等教育学校(後期課程) <input type="checkbox"/> 大学(短大・大学院含む) <input type="checkbox"/> 高専 <input type="checkbox"/> 専修学校(高等) <input type="checkbox"/> 専修学校(専門)			通学区分： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外		

(本人を含む)世帯人数： _____ 人 (申請者が実家を離れ一人暮らしをしている場合も、生計を同一にする家族全員の人数を記入。別生計者(続柄に○を付けた者)は除く。)

太枠内は記入しないでください。 ↓

母子/父子世帯	理由： <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他(_____) 時期： _____ 年 _____ 月	
<input type="checkbox"/> 父無	児童扶養手当の受給： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合は、収入状況申告書[様式2]に金額を記入し、遺族年金の受給： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 証明書類を提出。	<input type="checkbox"/> 控除あり
<input type="checkbox"/> 母無		<input type="checkbox"/> 控除なし
障害者のいる世帯 ※ 障害者手帳(最新)のコピー等を提出。		
続柄(_____) 氏名(_____)	<input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 公害病の認定者・原爆被爆者(障害の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	人
続柄(_____) 氏名(_____)	<input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 公害病の認定者・原爆被爆者(障害の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
障害者年金の受給： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合は、収入状況申告書[様式2]に金額を記入し、特別児童扶養手当の受給： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 証明書類を提出。		
長期療養者のいる世帯 ※ 医師の診断書(コピー可)、領収書(コピー可)を提出。		
続柄(_____) 氏名(_____)	1年間の療養費：合計 _____ 円	千 円
療養期間： _____ 年 _____ 月から <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
続柄(_____) 氏名(_____)	1年間の療養費：合計 _____ 円	千 円
療養期間： _____ 年 _____ 月から <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
1年以内に火災・風水害等の被害を受けた世帯 ※ 罹(被)災証明書、盗難届の証明書等(コピー可)を提出。		
被害にあった日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	被害額：合計 _____ 円	千 円
内容(_____) ※ 被害額のわかる領収書、見積書、確定申告書のコピー等を提出。		
主たる家計支持者が別居している世帯 ※ 辞令等のコピー、住居費・光熱水費等の領収書(コピー可)を提出。		
続柄(_____) 氏名(_____)	1年間の実費(見込)：合計 _____ 円	千 円