

2021年度第2期募集 JASSO海外留学支援制度(協定派遣) 家計状況報告書

アカデミック・オフィス

| | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------|--|--|-------------|--------------------------------------|--|----------------------|
| フリガナ | | 学籍番号 | | | | | |
| 応募学生氏名 | | 国籍永住権 | 日本国籍を所持・日本以外の国籍および日本の永住権を所持 ※いずれかに○をつけてください | | | | |
| | | 参加プログラム | 海外交換留学プログラム ※間違いないば○をつけてください | | | | |
| | | 渡航支援金 | 受給を希望する・希望しない ※いずれか1つに○をつけてください | | | | |
| ① 本人住所 | 〒 | | - | | E-mail: _____ @apu.ac.jp | | |
| | | TEL・携帯: ()- | | - | | | |
| | | 通学別(いずれかに○) | | 自宅・自宅外 | | | |
| ② 就学者を除く家族 家族及び所得の状況 | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 現在の職業 | 在職年数 | 勤務先・役職 | いずれかに○ |
| | 父 | | | | | | ※該当者のみ 単身赴任・離婚・死別 |
| | 母 | | | | | | ※該当者のみ 単身赴任・離婚・死別 |
| | | | | | | | (家計支持者と)同居・別居 |
| | | | | | | | (家計支持者と)同居・別居 |
| | | | | | | | (家計支持者と)同居・別居 |
| | 該当する欄にチェック | <input type="checkbox"/> 両親が離婚⇒養育費の【有・無】→「有」の場合:【年額 _____ 万円】* 証明となる公的書類を提出してください。 <input type="checkbox"/> 父または母と死別⇒ 証明となる公的書類を提出してください。 <input type="checkbox"/> 主たる家計支持者が無職(失職)⇒ 失職年月【 _____ 年 _____ 月】* 証明となる公的書類を提出してください。 <input type="checkbox"/> 収入が申請者本人のみ⇒ 収入源【 _____ 】, 収入額:【年額 _____ 万円】 | | | | | |
| ③ 就学者 | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 在学学校名(申請時点) | | 学年 | 通学別 |
| | | | | 国・公・私 | | | 自宅・自宅外 |
| | | | | 国・公・私 | | | 自宅・自宅外 |
| ④ 収入状況・勤務状態 | 該当する場合にチェック | <input type="checkbox"/> 家計支持者が給与所得者であり、2020年1月2日以降に就職・転職している <input type="checkbox"/> 雇用保険を受給している <input type="checkbox"/> 家計支持者が給与所得者以外であり、2020年1月2日以前に開業・廃業等が生じている <input type="checkbox"/> 生活保護を受給している <input type="checkbox"/> 年金を受給している(遺族年金、障害年金を含む) <input type="checkbox"/> 傷病手当金を受給している | | | | | |
| | ⑤ 障害 | 続柄 | 障害種別 | 障害者手帳有無 | 障害者が長期療養を要する場合(※) | | |
| | | | 心身障害 | | 長期療養期間= _____ 年 _____ 月から | ※該当する場合は、長期療養のために経常的に支出している金額を証明できるもの(領収書等)の直近6ヶ月分のコピーを提出してください。 | |
| | その他 () | 有(等級= _____ 級)・無 ※障害者手帳を保有している方はコピーを添付してください。 | 長期療養費用=年額 _____ 円 | | | | |
| | | | そのうち保険等で補填されない費用= _____ 円 | | | | |
| ⑥ 長期療養者 | 続柄 | 療養状況(※) | | | | | |
| | | 長期療養期間= _____ 年 _____ 月から | | | | | |
| | | 長期療養費用=年額 _____ 円 | | | | | |
| | | そのうち保険等で補填されない費用= _____ 円 | | | | | |
| ⑦ 家計支持者が単身赴任等の場合、別居にかかる費用(月額) | 住居費 | _____ 円 | ⑧ 1年以内に火災・風水・盗難等の被害を受けた場合 | | 被害/被災年月= _____ 年 _____ 月 | | |
| | 水光熱費 | _____ 円 | | | 該当者は雇災証明書および被害額を示す見積書・請求書等を提出してください。 | | |
| | 合計 | _____ 円 | | | | | |
| 以上のとおり、記載事項に相違ありません。 | | | | | | | |
| ⑨署名 | | 申請日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 署名: _____ | | | | |

該当者のみ提出

給与支払(見込)証明書

勤務者 氏名

住 所

| | | | | | | | |
|-----------------------|----|----|----|----|----|----|---|
| 就職年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 就職以後1年間の 給与支払(見込)額 | 年 | 月 | から | 年 | 月 | まで | 円 |
| 扶養家族 | | | | | | | |
| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

※「就職以後1年間の給与支払(見込)額」には、賞与・臨時手当等も含めて記入してください。所得税法上非課税となる通勤に要する手当ては含めないでください。

上記の者は、本事業所に勤務しており、給与支払額(見込額)は上記の通りであることを証明します。

年 月 日

事業所所在地

事業所名

代表者氏名

印

電 話