

家計急変事由別の添付書類例

☐ 減収

- ・申立書
- ・所得課税証明書(個人用で控除額が確認できるもの)
- ・扶養親族全員の人数、年齢が確認できるもの(保険証等)
- ・(給与所得者の場合)家計急変後の給与所得見込証明書(減収が発生した月から向こう1年間分)(※)
提出できない場合は、家計急変後の会社発行の給与明細(減収が発生した月から3ヶ月分)
- ・(事業所得者の場合)急変後向こう1年間の事業所得見込証明書(※)

及び直近の確定申告書のコピー

※減収の発生が前年の場合、今年の1月から12月の(給与・事業)所得見込証明書を提出してください。

☐ 失職

- ・申立書
- ・所得課税証明書(個人用で控除額が確認できるもの)
- ・扶養親族全員の人数、年齢が確認できるもの(保険証等)
- ・離職票2又は雇用保険受給資格者証(離職日、離職区分(離職コード)が確認できるもの)
※自己都合退職の方は対象外です。

なお、病気やけがを原因とした失職は、疾病で申請できることがあります。

- ・離職後に再就職している場合は、会社発行の給与見込み証明書(向こう1年間分)
提出できない場合は給与明細(3ヶ月分)

☐ 疾病による減収・失職

減収又は失職と同様の提出書類に加え、以下を提出してください。

- ・診断書(※)又は通院の事実がわかる書類(3ヶ月分)
※診断名、就労不能期間(いつからいつまでか。回復の目途が立たない場合はその旨を記載してあるもの)

☐ 死別・離婚

- ・申立書
- ・所得課税証明書(個人用で控除額が確認できるもの)
- ・扶養親族全員の人数、年齢が確認できるもの(保険証等)
- ・戸籍全部事項証明書(親権者と子が確認できるもの)
※家計急変後の所得を確認する書類は不要です。

☐ 被災

- ・申立書
- ・所得課税証明書(個人用で控除額が確認できるもの)
- ・扶養親族全員の人数、年齢が確認できるもの(保険証等)
- ・罹災証明書

家計急変の事由や内容によって、必要な書類は異なります。
家計急変での申請を検討されている方は、高等学校等へお尋ねください。
上記以外にも書類の提出を依頼する場合があります。

申 立 書

1 家計急変事由

以下の項目に該当するものすべてに☑をしてください。

また、該当する事由に応じて（*）の書類等（裏面参照）を提出してください。

☐減収

（*収入見込証明書等）

☐失職

（*離職票等）

☐被災

（*減免通知書等）

☐死別・離婚

（*戸籍全部事項証明書等）

☐疾病

（*診断書等）

☐その他（

）

2 申立内容

枠内に保護者等の家計急変に至る事由を記入してください。

（いつから、どのような理由で、保護者等の収入にどのような影響があったのか等）

【例】保護者等2人ともに住民税に課税があり、ともに家計急変事由（失職、疾病）がある場合
（申請者名）は2022年1月下旬に勤めていた会社が倒産し、2月から収入がなくなった。現在は再就職しているが、昨年度に比べて給与が低く、今後しばらくは収入が回復しない見込み。
（配偶者名）は2022年4月19日に（病名）と診断された。10月末まで休職のため減収する。

申請者氏名

年 月 日

会社名

代表者名

印

※ 収入減及び疾病等による休職の場合は、お勤め先に証明を受けてください。

※ 個人事業主の方は、代表者として証明をしてください。

収入実績・見込証明書(家計急変・給与収入用)

住 所
.....
氏 名
.....

既に支払われている給与等についてはその実績額、未払いの分については見込額を記入してください。

雇 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
支 給 形 態	(月給・日給・時給・その他) 円		
月 別	給 与	諸 手 当	支 給 総 計
令和 年 月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
その他			
合 計			

※支給総額については、社会保険料、税控除前の金額を記入してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

住 所

事業所名

代表者名 印
.....

診 断 書

住 所

氏 名

生 年 月 日

病 名

摘 要

上記の通り診断する。

令和 年 月 日

住所

記入例

診 断 書	
住 所	
氏 名	
生 年 月 日	
病 名	
摘 要 令和〇年△月×日上記発症。同日より現在まで当院に入院加療中である。〇月〇日に手術予定。術後3か月間の入院期間、退院後3か月間の自宅療養およびリハビリテーション実施を要するため、×月×日まで就労困難な状態である。 【記入事項】 ・いつから発症したか ・現在の症状 ・いつからいつまでが就労困難か（見込みが立たない場合は、今後向こう1年間の就労の可否を記入してください。）	
上記の通り診断する。 令和 年 月 日 住所 〇〇市△△町1-2-3 〇〇病院 医師 〇〇 〇〇	