

小児がん経験者用

アフラック小児がん経験者奨学金願書【2021年度】

受付No.

本人	フリガナ			生年月日	年 月 日 生	
	名前	男・女			(年齢: 歳)	
	住所	〒				
	高等学校名 (中学生は 進学希望校)	立		高等学校 分校	科・第 学年	
	課程	全日制・定時制・通信制・(単位制)			※申込み時点 高等学校卒業予定 年 月	
	中学校名 (中学校 在生のみ)	立		中学校	年	
保護者(※)	名前		印	本人との続柄		
	住所	〒		就業状況(○印をつけてください) 有(常勤・パート・自営・農業)・無		
	電話番号 (日中連絡先)					
小児がん経験者奨学金の奨学生として採用していただきたく、在学学校長の推薦書及び主治医の診断書を添えて申請いたします。 公益財団法人がんの子どもを守る会 殿 年 月 日						
生計を にする家族の 構成(※)	名前	続柄	年齢	就学・就労状況	収入の有無	年間収入
		父			有・無	万円
		母			有・無	万円
				就学前・小・中・高・大・他() ()年・社会人	有・無	万円
				就学前・小・中・高・大・他() ()年・社会人	有・無	万円
				就学前・小・中・高・大・他() ()年・社会人	有・無	万円
				就学前・小・中・高・大・他() ()年・社会人	有・無	万円
他の奨学金の受給(内定を含む)		有(奨学金名		月額	円 貸与 / 給与)・無	

奨学生決定の際の判断とさせていただきますので、正確にご記入ください。

生活事情(※)	1. 保護者が療養中などの場合：病名 2. 家族(本人・保護者以外)が療養中などの場合：続柄() 病名 3. 保護者の住宅費支出の有無：有(家賃・ローン)・無 4. 生活保護受給の有無：有・無 その他、特記されたいご事情(できるだけ具体的にご記入ください)

(※) 以外は特別な理由がない限り、出願生徒本人が記入してください。代筆の際は、その理由を別紙にてご記入ください。

小児がん経験者用

アフラック小児がん経験者奨学金願書【2021年度】

受付No.

小児がんについて	1. 小児がんを発症したのは何歳のときですか。 _____ 歳 _____ 年 _____ 月
	2. 病名は何ですか。
	3. 現在も抗腫瘍治療中ですか。
	はい（入院中・通院中（頻度 _____ 回／月）） ・ いいえ
	4. 継続的に治療を受けている晩期合併症があれば、その内容をご記入ください。
	5. 治療を受けるために遠方（自宅から片道150km以上）の病院を受診していますか。
	している ・ していない
6. 現在、治療のために多額の自己負担費用が発生していますか。	
ない ・ ある（月額約 _____ 円）	
自己負担内訳：	
*7. その他、特記されたいご事情（具体的にご記入ください）	
学校生活・学外活動	現在の学業及び学校生活の状況、また学外の活動で力を入れて取り組んでいることがあれば、ご記入ください。
奨学金について	この奨学金を申請した理由、また、奨学金を受けてどのような学校生活を送りたいと考えているかをご記入ください。

（※）以外は特別な理由がない限り、出願生徒本人が記入してください。