

がん遺児用

アフラックがん遺児奨学金願書【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 ※申込み時点	
	課程	全日制・定時制・通信制・(単位制)			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)					
がん遺児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						
生計を二にする家族の構成(※)	名前	続柄	年齢	就学・就労状況	収入の有無	年間収入
					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
	がんで他界された生計維持者の名前 (ご両親ともがんで他界されている 場合、お二人ともご記入ください)			死亡年月日	年 月 日	
			死亡年月日	年 月 日		
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(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 5. 遺族年金受給の有無：有・無
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。代筆の際は、その理由を別紙にてご記入ください。