

申込日 年 月 日

### 奨学金給付申込書

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日 西暦	年 月 日
住所	〒 ー TEL		
E-mail			

在籍状況等

\* □欄は該当項目にレ点をしてください、以下同じ

学校名 (高校課程)	(学校・学科・コース名を必ず記入してください)	履修期間： 年
		<input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 卒業・修了見込み

進学希望校

第1志望	(学校名)	(学部・学科・専攻名)	履修期間： 年 年 月～ 年 月 <input type="checkbox"/> 総合型/ <input type="checkbox"/> 推薦/ <input type="checkbox"/> 一般	合否発表日
第2志望	(学校名)	(学部・学科・専攻名)	履修期間： 年 年 月～ 年 月 <input type="checkbox"/> 総合型/ <input type="checkbox"/> 推薦/ <input type="checkbox"/> 一般	合否発表日
第3志望	(学校名)	(学部・学科・専攻名)	履修期間： 年 年 月～ 年 月 <input type="checkbox"/> 総合型/ <input type="checkbox"/> 推薦/ <input type="checkbox"/> 一般	合否発表日

【第1号】応募資格（学生本人の場合） 【第1号】、【第2号】いずれかを記入してください

<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害	初回手帳取得日 年 月 日
	障害名： 級（第 種）	直近手帳更新日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 発達障害	初回手帳取得日 年 月 日
	障害名： 区分：	直近手帳更新日 年 月 日

【第2号】応募資格（保護者の場合）

<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害	初回手帳取得日 年 月 日
	障害名： 級（第 種）	直近手帳更新日 年 月 日
	氏名： 申込者との続柄	

身元保証人

フリガナ		申込者とのご関係
氏名		
住所	〒 ー TEL	
*本人住所と異なる時		
申込者本人が障害等により記入できない場合の代筆者名：		ご関係

\*裏面も必ず記入してください

【家計事情】 \* 欄は該当する方にレ点をしてください

世帯収入および所得について上限額

2～3人家族：世帯年間収入800万円（所得620万円）

4人家族：世帯年間収入900万円（所得720万円）

5人以上の家族：世帯年間収入1,060万円（所得830万円）

家計事情は上記上限内にある

または

家計事情は上記上限を超えている

⇒超えている場合は世帯全員の所得証明を添付してください

以 上