

ゴールドリボン・ネットワーク小児がん経験者奨学金申請書 (2016年度 熊本 高校の部)

※申請書は奨学金支給希望者本人直筆に限ります

受付No. _____

フリガナ							写真 (3×4cm) カラー・白黒可上半身の近影 (6か月以内)の写真の裏面に氏名を記入し貼付けてください
氏名(自署)			(印)				
西暦	年	月	日	生	男・女	(歳)	
現住所	(〒 -)						自宅 学生寮 アパート 下宿 その他 ()
電話	(TEL)	メールアドレス					
	(携帯)						
保護者の住所	現住所と異なる場合ご記入ください (〒 -) (TEL)						
在学学校名	立		高等学校		科・第 学年		(2016年4月時点の学年を記入)
課程	全日制・定時制・通信制(単位制)						
現時点での奨学金の有無	奨学金名	貸与・給付の別	状 況	月額	貸与または受給の期間		
		貸与・給付	申請予定・申請中・受領中	円	自 年 月	至 年 月	
		貸与・給付	申請予定・申請中・受領中	円	自 年 月	至 年 月	
家族及び家計状況 (本人以外の家族全員を記入してください。父母が死亡、離婚、生別れの場合も)							
家族構成	続柄	氏名	年齢	同居・別居	職業(勤務先)	所得形態	所得金額
	父			同居・別居・死亡・離婚 (死亡/離婚年月 年 月)		給与・自営 年金その他	万円
	母			同居・別居・死亡・離婚 (死亡/離婚年月 年 月)		給与・自営 年金その他	万円
				同居・別居 (別居理由)		給与・自営 年金その他	万円
				同居・別居 (別居理由)		給与・自営 年金その他	万円
				同居・別居 (別居理由)		給与・自営 年金その他	万円

生 活 事 情

本人について

医療費についての公的助成の有無
 有の場合、いずれかに○
 (手帳をお持ちの方も記入)

有 ・ 無

小児慢性特定疾病 ・ 特別児童扶養手当 ・ 指定難病
 その他 ()

治療を受けるための自己負担費用について

有 (円 / 年間) ・ 無

家庭について

保護者が療養中などの場合

病名 ()

家族(保護者以外)が療養中などの場合

続柄 () 病名 ()

保護者の住宅費支出の有無

有(家賃・ローン)・無・その他 ()

生活保護受給の有無

有・無

その他、特記されたいご事情をご記入ください。

熊本地震によって受けた影響についてご記入ください。

この奨学金を申請した理由、また使用用途についてできるだけ詳しくご記入ください。

西 暦 年 月 日

認定NPO法人ゴールドリボン・ネットワーク
 理事長 松井秀文 様

上記のとおり記載事項に相違ありません。

貴法人の奨学生として採用いただきたく関係書類を添えて申請します。

本 人

氏 名



ゴールドリボン・ネットワーク小児がん経験者奨学金申請書 (2016年度 高校の部)

【 主治医記入欄 】		
患者名	性別	生年月日
	男・女	西暦 年 月 日
1.小児がんと診断し、治療を開始した時期・治療期間・病名 (歳頃に 約 か月間治療 病名)		
2.現在の治療状況 (いずれかに☑) <input type="checkbox"/> 治療終了していて、通院していない。 <input type="checkbox"/> 治療終了しているが、検査・診察のため通院中。 <input type="checkbox"/> 晩期合併症等もしくは継続して行う必要のある治療のため通院中。 (具体的な病状や病名) <input type="checkbox"/> 小児がんで通院治療中 (具体的な病状や病名) <input type="checkbox"/> その他()		
3.通院中の場合、通院の頻度 (検査のみの場合も含む) (回/月 ・ 回/年)		
5.その他 特記事項		
医療機関名 〒 住所 病院名 TEL	主治医署名 <div style="text-align: right;">(印)</div>	