

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（平成29年度生大学の部）

※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)						
平成	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 年 組						
進学志望校	第一志望	大学・専門学校		学部	学科		
	第二志望	大学・専門学校		学部	学科		
	指定校推薦	大学・専門学校		学部	学科		
学歴	年	月	学校名	年	月	職歴・アルバイト等（高校時での）	
職歴			立 高等学校入学				
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	
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 <small>（死亡/離婚年月 年 月）</small>		給与・自営 年金その他	万円
	母			同居・別居・死亡・離婚 <small>（死亡/離婚年月 年 月）</small>		給与・自営 年金その他	万円
				同居・別居 <small>（別居理由）</small>		給与・自営 年金その他	万円
				同居・別居 <small>（別居理由）</small>		給与・自営 年金その他	万円
				同居・別居 <small>（別居理由）</small>		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○ (手帳をお持ちの場合も記入)	有 ・ 無 小児慢性特定疾病 ・ 指定難病 ・ 重度心身障害者医療費助成 障害者手帳 () ・ 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。

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。(必ず本人記入のこと)

平成 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 _____ 印

【 主治医記入欄 】			
患者名	性別	生年月日	
	男・女	平成	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 ）			
4.小児慢性特定疾病（18歳まで）受給中の場合、今後の公的助成見込み（いずれかに☑） <input type="checkbox"/> 20歳まで受給予定 その後見込みなし。 <input type="checkbox"/> 他の公的助成受給中、もしくは受給見込み。（具体的に ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
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;">⑩</div>		