

はばたけ！ゴールドリボン奨学金

申請書（2024年度生） ※申請書は奨学金支給希望者本人直筆に限ります

受付番号 _____

フリガナ						写真（3×4cm）	
申請者氏名（自署）						カラー・白黒可上半身の近影（6か月以内）の写真 （裏面に氏名を記入し貼付けてください）	
生年月日	西暦	年	月	日生	（歳）		
現住所	（〒 - ）					自宅 学生寮 アパート 下宿 その他 （ ）	
連絡先	（日中の連絡先）	（メールアドレス） @					
保護者の住所	現住所と異なる場合のみ記入（〒 - ） （連絡先： - - ）						
在学学校名（または既卒高）	立 高等学校 科						
受験予定校	受験方法（該当するものに○）		一般選抜・学校推薦型選抜・総合型選抜・その他（ ）				
	第1志望	大学・専門学校	学部	学科			
	第2志望	大学・専門学校	学部	学科			
	第3志望	大学・専門学校	学部	学科			
現在の奨学金利用状況	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	
		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、生別れの場合も記入）							
家族構成	続 柄	氏 名	年齢	同居・別居	職業（勤務先） 就学状況	所得形態	年間所得金額
	父			同居・別居・死亡・離婚 （死亡/離婚年月 年 月）		給与・自営 パート・他	万円
	母			同居・別居・死亡・離婚 （死亡/離婚年月 年 月）		給与・自営 パート・他	万円
				同居・別居 （別居理由 ）		給与・自営 パート・他	万円
				同居・別居 （別居理由 ）		給与・自営 パート・他	万円
				同居・別居 （別居理由 ）		給与・自営 パート・他	万円
				同居・別居 （別居理由 ）		給与・自営 パート・他	万円

【生活事情について】

※奨学生採用の判断となりますので正確に記入してください

◎同居する保護者について

保護者の住宅費支出の有無 (いずれかに○)	有 (家賃・ローン)・無 その他()
同居する保護者が要介護 もしくは療養中の場合は記入	続柄() 病名()
生活保護受給の有無 (いずれかに○)	有・無
その他、特記されたいご事情がある場合は、できるだけ具体的に記入ください	

◎申請者ご自身について

これまで受けた医療にか かわる公的助成の有無 (わかっている範囲で 該当するものすべてに○)	有・無 小児慢性特定疾病・高額療養費・ひとり親家庭等医療費助成 特別児童扶養手当・障害児福祉手当 その他(制度名) (制度名)
障がい者手帳の有無 (該当するものすべてに○)	有・無 身体障がい者手帳(対象疾患 第 種 級) 療育手帳(区分)・精神保健手帳(級)
現在、自己負担している医療費 の有無(いずれかに○)	有(円 / 年間)・無

新型コロナウイルスにより受けた影響や変化(治療や検査、学校生活や受験など)があれば記入ください。

あなたにできる「がん(小児がん)啓発活動」「がん(小児がん)経験者への支援活動」はどのような事ですか。

この奨学金を申請した理由、および使用用途についてできるだけ詳しくご記入ください。(本人記入のこと)

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

年 月 日

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) 申請者氏名

印

はばたけ！ゴールドリボン奨学金

申請書（2024年度生）

【 主 治 医 記 入 欄 】		
患 者 名	性 別	生 年 月 日
	男・女	年 月 日
<p>がん（小児がん）と診断し、治療した年齢・治療期間・病名。 （ 歳の頃に 約 カ月間治療 病名 ）</p> <p>1. 再発、転移、二次がんと診断した事がある場合、治療した年齢・治療期間・病名。 （ 歳の頃に 約 カ月間治療 病名 ） （ 歳の頃に 約 カ月間治療 病名 ） （ 歳の頃に 約 カ月間治療 病名 ）</p> <p>3. 現在の状況（該当するものすべてに<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/>がん（小児がん）の治療のため入院中 <input type="checkbox"/>がん（小児がん）の治療のため通院中 <input type="checkbox"/>晩期合併症やそのほか、治療などのため入院中。 （具体的な病状や病名 ） <input type="checkbox"/>晩期合併症やそのほか、治療などのため通院中。 （具体的な病状や病名 ） （具体的な病状や病名 ） <input type="checkbox"/>がん（小児がん）治療終了していて、長期フォローアップ（検査・診察）のため通院中。 <input type="checkbox"/>通院していなかったが、この奨学金の申請のために今回診察した <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>4. 通院中の場合、通院の頻度（検査のみの場合も含む） （ 回/月 あるいは 回/年 ）</p> <p>5. 18歳以降の医療費について、公的助成を受けられる予定はありますか？ （該当するものすべてに<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/>小児慢性特疾病を20歳まで受給予定。その後見込みなし。 <input type="checkbox"/>指定難病など、他の公的助成受給中、もしくは受給見込み。（制度名 ） <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>5. その他 特記事項</p>		
（医療機関名） 住所 病院名	（主治医署名） <div style="text-align: right;">  </div>	

（申請先）東京都豊島区西池袋2-21-8 目白樺マンション204号

認定NPO法人ゴールドリボン・ネットワーク 奨学金担当

個人情報の保護に関する同意書

はばたけ！ゴールドリボン奨学金 申請者各位

東京都豊島区西池袋 2-21-8 目白樺マンション 204 号
認定NPO法人ゴールドリボン・ネットワーク

当NPO法人は、個人情報保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）に基づき、はばたけ！ゴールドリボン奨学金の申請者及びその保護者等関係者の個人情報を、下記の業務内容及び利用目的の達成に必要な範囲で提供先とともに利用致します。

記

業務内容

- はばたけ！ゴールドリボン奨学金（以下、本奨学金）の助成事業遂行に必要な業務（助成先の審査、決定、給付及び奨学金の管理に付随する業務）

利用目的

- 本奨学金への申込みに伴う審査、決定及び助成給付の際の判断のため
- 本奨学金の事業執行の妥当性の判断並びに業務及び管理を適切に遂行するため

個人情報提供先

- 本奨学金助成事業関係者（選考委員会ならびに選考委員、本奨学金事務局）
- 主務官庁

以上

上記の通り利用目的の明示を受けましたので、その確認及び同意の上、はばたけ！ゴールドリボン奨学金へ申請いたします。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名（自署）⑩
保護者氏名（自署）⑩

【アンケート】「はばたけ！ゴールドリボン奨学金」を知ったきっかけを具体的に教えてください。

例）奨学金の Web サイトで見つけた、学校に掲示されていた、主治医から紹介された、など。

SNS 等で知った場合はどの（誰の）サイトなのかも記入してください。

【

】