

さくら市給付型奨学金奨学生調書

申込者氏名

住所

電話番号

申込者（本人）の状況

※の箇所は該当文字を○で囲んでください。

希望進学先	※ 短期大学 大学 大学院 ※ 学 部 学 科 部 学科 (学年在学中)			
奨学金希望理由				
他の奨学金との併願	※ 有 ・ 無	奨学金の名称		
	実 施 機 関 名		貸与月額等 (給付)	円
	併 願 状 況	※ 1. 出願中 2. 今後、出願予定		

家族の状況

生 計 を 一 に す る 家 族	就学者を除く家族	続柄	氏 名	年 齢	勤 務 先 名 及 び 電 話 番 号		職 業	本人との 同・別居
				歳	〇 — —			※同居 別居
				歳	〇 — —			※同居 別居
				歳	〇 — —			※同居 別居
				歳	〇 — —			※同居 別居
				歳	〇 — —			※同居 別居
	本人を除く家族	続柄	氏 名	年 齢	設置者別	学 校 名	学 年	通 学 別
				歳	※国・公・私		年	※自宅 自宅外
				歳	※国・公・私		年	※自宅 自宅外
				歳	※国・公・私		年	※自宅 自宅外
			歳	※国・公・私		年	※自宅 自宅外	
特別	種 別			本人との続柄	程 度	長 期 療 養 期 間		
控除 関係	心 身 障 害 (人) 長期療養 (人)				級	・ 年 月から長期療養（病名） ・ 過去1年間にその療養のため実際に支払った医療費 （保険等で補てんされた金額を除く。） (金額 円)		

注) 心身障害をお持ちの方で障害者手帳の交付を受けている人は、障害者手帳のコピー（名前・級がわかる部分）を添付してください。また、長期療養者を含めて医療費等の支払いがある場合には、その額がわかる書類を添付してください。添付のないときは、控除されない場合があります。