

（給付・貸付け）奨学金申請書

令和 年 月 日

豊根村長 伊藤 実 殿

次のとおり奨学金の（給付・貸付け）を受けたいので、必要書類を添えて申請いたします。

なお、この申請をするにあたり村税等の納入状況について、豊根村教育委員会において調査することを承諾します。

保護者	ふりがな 氏名	印	住所	〒 (電話)			
申請者	ふりがな 氏名	印	性別	年齢	写真		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生					
	住所	〒	(電話)				
現在籍校	学校名	(科第学年)					
	学校の所在地					撮影年月 R 年 月	
履歴	学校名	学歴					
		年 月 日 卒業・卒業見込					
		年 月 日 卒業・卒業見込					
		年 月 日 卒業・卒業見込					
進学希望校	修学年限 年			卒業後の予定進路			
家族構成	続柄	氏名	性別	年齢	職業	勤務先等	年収
							千円
							千円
							千円
							千円
							千円
(給付・貸付け) 奨学金予定額				(給付・貸付け) 対象期間			
月額	円	修学年限	年	令和	年	月から、令和	年 月まで
振込口座	金融機関名	銀行・農協 信金・信組			店 所		
	口座番号	普通・当座	No.	フリガナ	口座名義人		

添付書類

- 1.（給付・貸付け）奨学生推薦調書又は成績証明書
- 2.世帯全員の住民票謄本
- 3.前年分の所得がわかる書類
- 4.健康診断書

記入例

様式第1号（第2条関係）

~~給付~~・貸付け）奨学金申請書

令和〇〇年2月15日

豊根村長 伊藤 実 殿

次のとおり奨学金の~~給付~~・貸付け）を受けたいので、必要書類を添えて申請いたします。

なお、この申請をするにあたり村税等の納入状況について、豊根村教育委員会において調査することを承諾します。

保護者と申請者は別の印を押印してください

申請者が未成年の場合のみ記入・押印してください

保護者	ふりがな氏名	〇〇〇〇	印	住所	〒449-0403 豊根村下黒川字蔵平2 (電話) 0536-85-1611			
	ふりがな氏名	〇〇〇〇	印	性別	〇	年齢	〇〇	
申請者	生年月日	昭和・平成〇〇年〇月〇〇日生						
	住所	〒449-0403 豊根村下黒川字蔵平2 (電話) 0536-85-1611						
現在籍校	学校名	〇〇高等学校 (普通科 第3学年)					撮影年月	R 年 1月
	学校の所在地	〇〇市〇〇〇〇〇						
履歴	学校名	豊根村立豊根中学校						
	学歴	平成〇〇年3月31日 卒業・卒業見込						
	学歴	〇〇高等学校 令和〇〇年3月31日 卒業・卒業見込						
進学希望校	〇〇大学		修学年限	4年	卒業後の予定進路	公務員		
家族構成	続柄	氏名	性別	年齢	職業	勤務先等	年収	
	本人	〇〇〇〇	〇	〇〇	学生	〇〇高等学校	0	
	父	〇〇〇〇	〇	〇〇	会社員	〇〇会社	〇〇〇〇	
	母	〇〇〇〇	〇	〇〇	無職		0	
	妹	〇〇〇〇	〇	〇〇	学生	〇〇高等学校	0	
(給付・貸付け) 奨学金予定額				(給付・貸付け) 対象期間				
月額 50,000 円 修学年限 4年				令和〇〇年4月から、令和〇〇年3月まで				
振込口座	金融機関名	〇〇		銀行・農協 信金・信組		〇〇	店所	
	口座番号	普通・当座	No.〇〇〇〇〇〇〇〇		フリガナ 口座名義人	〇〇〇〇		

半身・脱帽
3ヶ月以内に撮影したものを添付してください

中学校卒業から記入してください

前年の総収入を記入してください

同一生計の家族全員分を記入してください

添付書類

1. (給付・貸付け) 奨学生推薦調書又は成績証明書
2. 世帯全員の住民票謄本
3. 前年分の所得がわかる書類
4. 健康診断書

父母等の書類を提出してください。
収入がない場合は、非課税証明書が必要です。

様式第2号（第2条関係）

（給付・貸付け）奨学生推薦調書

記入者氏名

印

氏名		在学学校名	
学業成績（5段階で記入のこと）			推薦所見
学年 教科名	年	年	学業に関する所見
			人物に関する所見

上記の者は、人物及び学業成績ともに豊根村（給付・貸付け）奨学生として適当と認め、推薦します。

令和 年 月 日

豊根村長 伊藤 実 様

所在地

学校名

学校長

印

別紙

健康診断書

氏名		男・女	S H 年 月 日生
身長			cm
体重			kg
視力	右	()	
	左	()	
色 神	正常	異常	()
聴力	正常	異常	()
血圧	最大	最小	mmHg
検尿	タンパク	()	
	糖	()	
	ウロビリ		
理学的所見			
総合所見			
上記のとおり、診断する。 令和 年 月 日 医療機関所在地及び名称 氏名 印			