

がん遺児用

アフラックがん遺児奨学金願書【2025年度】

受付No.

本人(自署)	フリガナ			生年月日	年	月	日生	
	名前				(年齢: 歳)			
	住所	〒						
	高等学校名 (中学生は 進学希望校)	立	高等学校	分校	科・第	学年	※申込み時点	
	課程	全日制・定時制・通信制・(単位制)			高等学校卒業予定	年	月	
	中学校名 (中学校 在生のみ)	立	中学校	年				
保護者(※)	名前		印	本人との続柄				
	住所	〒		就業状況(○印をつけてください)				
	電話番号 (日中連絡先)			有(常勤・パート・自営・農業)・無				
<p>がん遺児奨学金の奨学生として採用していただきたく、在学学校長の推薦書を添えて申請いたします。</p> <p>公益財団法人がんの子どもを守る会 殿</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>								
生計を一にする家族の構成(※)	名前	続柄	年齢	就学・就労状況	収入の有無	年間収入		
					有・無	万円		
				就学前・小・中・高・大・他() ()年・社会人	有・無	万円		
				就学前・小・中・高・大・他() ()年・社会人	有・無	万円		
				就学前・小・中・高・大・他() ()年・社会人	有・無	万円		
				就学前・小・中・高・大・他() ()年・社会人	有・無	万円		
	亡くなられた主たる生計維持者の名前 (ご両親ともがんで世界されている 場合、お二人ともご記入ください)				死亡年月日	年	月	日
				死亡年月日	年	月	日	

注)主たる生計維持者は年間収入が多い方の保護者が該当します。

奨学生決定の際の判断とさせていただきますので、正確にご記入ください。

生活事情(※)	<p>1. 保護者が療養中などの場合： 続柄()、病名</p> <p>2. 家族(保護者以外)が療養中などの場合： 続柄()、病名</p> <p>3. 保護者の住宅費支出の有無： 有(家賃・ローン)・無</p> <p>4. 生活保護受給の有無： 有・無</p> <p>5. 遺族年金受給の有無： 有・無</p> <p>6. 他の奨学金受給の有無： 有(給付 / 貸与 円 / 月)・無</p>
奨学金について	<p>この奨学金を申請した理由、また、奨学金を受けてどのような学校生活を送りたいと考えているかをご記入ください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

(※)以外は特別な理由がない限り、出願生徒本人が記入してください。代筆の際は、その理由を別紙にてご記入ください。

推薦兼成績証明書

次の生徒は学業、人物ともに優秀であり、貴奨学金制度の奨学生として選考されることが適当と認められますので推薦いたします。

生徒名 _____	学年 _____
	(申込み時点)
学校名 または中学校名 _____	
学校長名 _____	印
貴校 連絡先住所 〒 _____	
電話番号 _____ () _____	奨学金担当または担任 _____

学習成績の評定平均値	<input style="width: 90%;" type="text"/>
------------	--

※評定平均値は、申込在学年の全教科の平均値(1・2学期もしくは前期)を5段階で小数点2桁(切り上げ)までご記入ください。(例:3.80, 4.25)
 (5段階) ※1学期のみの証明書は不可。
 ※「がん遺児奨学金」に申込まれる場合、3.5以上の評定値が必要です。

下記の項目で該当するものに○をつけ、()内に時期・内容・詳細等をご記入ください。(奨学生決定の際の判断材料とさせていただきます)

()	生徒会活動	会長・副会長・生徒会役員()・その他()
()	学級活動	学級委員長・その他()
()	クラブ・部活動	()部・クラブ部長・その他()
()	学校行事	体育祭・文化祭・その他行事()実行委員長
()	特記すべき顕著な成績	スポーツ・文化・芸術：内容()

推薦理由(※上記の他、特に優れている点や人柄等、是非ご記入ください)

個人情報の保護に関する同意書

アフラック小児がん経験者・がん遺児奨学金制度 申請者各位

公益財団法人がんの子どもを守る会

弊会は、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、アフラック小児がん経験者・がん遺児奨学金制度(以下、本奨学金制度)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

- 本奨学金制度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

- 本奨学金制度への申し込みに伴う審査、決定及び助成給付の際の判断のため
- 本奨学金制度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

- 本奨学金制度関係者
(選考委員会ならびに選考委員、委託者、推薦者、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、アフラック小児がん経験者・がん遺児奨学金制度の助成給付の申請を致します。

年 月 日

住 所

本人氏名

印

住 所

保護者氏名

印

【採否通知用宛名用紙】

〒

左の枠内に申請者の在学学校名・住所をご記入ください

申請者ご本人のお名前

学校長様

※本奨学金制度の選考結果は、申請者ご本人とお申し込み時のご本人の在学学校の学校長様宛に、郵送で通知されます。上記記入欄に申請者ご本人の在学学校名と申請者ご本人のお名前を正確にご記入ください。

----- 切り離してそれぞれを提出して下さい -----

アンケートのご協力お願い致します

本奨学金制度を知ったきっかけ(複数選択可、該当する番号に○をつけてください)

1. 病院(医師・看護師・その他)
2. 同じ病院に入院中の患者家族
3. 学校
4. 新聞、雑誌(掲載紙名)
5. ホームページ(アフラック・がんの子どもを守る会・その他)
6. Web広告
7. テレビ、CM
8. 街頭募金活動
9. アフラックの保険販売代理店
10. 友人、知人
11. チラシ、ポスター
12. その他()

学校・病院関係者の方へお願い

募集要項については1部ずつの配布をしております。複数の申込者がある場合、コピーまたは、当会ホームページ(<http://www.ccaj-found.or.jp/support-01/>)よりダウンロードでの配布にご協力お願い致します。