

小児がん経験者用

アフラック小児がん経験者奨学金願書【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			
	課程	全日制・定時制・通信制・(単位制)			※申込み時点 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		④	本人との続柄			
	住所	〒 _____		就業状況(○印をつけてください) 有(常勤・パート・自営・農業)・無			
	電話番号 (日中連絡先)						
小児がん経験者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及び主治医の診断書を添えて申請いたします。 公益財団法人がんの子どもを守る会 殿							
年 月 日							
生計を二にする家族の構成(※)	名前	続柄	年齢	就学・就労状況	取入の有無	年間収入	
		父			有・無	万円	
		母			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	
他の奨学金の受給(内定を含む)		有(奨学金名		月額	円 貸与 / 給与)・無		

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(※)	1. 保護者が療養中などの場合：続柄()、病名 2. 家族(本人・保護者以外)が療養中などの場合：続柄()、病名 3. 保護者の住宅費支出の有無：有(家賃・ローン)・無 4. 生活保護受給の有無：有・無 その他、特記されたいご事情(できるだけ具体的にご記入ください)
	_____ _____ _____

(※) 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。

小児がん経験者用

アフラック小児がん経験者奨学金願書【2025年度】

受付No. _____

小児がんについて	<p>1. 小児がんを発症したのは何歳のときですか。 _____ 歳 _____ 年 _____ 月</p> <p>2. 病名は何ですか。</p> <p>3. 現在も抗腫瘍治療中ですか。 はい（入院中・通院中（頻度 _____ 回/月）） ・ いいえ（ _____ 年 _____ 月終了）</p> <p>4. 抗腫瘍治療のための入院日数を合計すると、おおよそどのくらいですか。 _____ 年 _____ カ月</p> <p>5. 継続的に治療を受けている晩期合併症があれば、その内容をご記入ください。 [_____]</p> <p>6. 治療を受けるために遠方（自宅から片道150km以上）の病院を受診していますか。 している ・ していない</p> <p>7. 現在、治療のために多額の自己負担費用が発生していますか。 ない ・ ある（月額約 _____ 円） 自己負担内訳：</p> <p>8. その他、特記されたいご事情（具体的にご記入ください） [_____]</p>
学校生活・学外活動	<p>現在の学業及び学校生活の状況、また学外の活動で力を入れて取り組んでいることがあれば、ご記入ください。 [_____]</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>

(※) 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。

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。