

特別奨学生申請書

申請者

住所	□□□-□□□□		
氏名 <small>ふりがな</small>	(印)	生年月日	年 月 日 (満 才)
自宅 TEL	前年度の 所得金額		万円
携帯 TEL			

申請者が被扶養者の場合はチェックをして下さい。

※ 下記手当の受給者はチェックをして下さい。

母子手当・ 遺族年金手当・ 生活保護手当 [年間 万円]

申請者の2親等以内の家族構成(1親等は親または子、2親等は兄弟・姉妹及び祖父祖母と孫)

氏名(ふりがな)	続柄	年令	職業	氏名(ふりがな)	続柄	年令	職業
-----	同居 ・ 別居			-----	同居 ・ 別居		
-----	同居 ・ 別居			-----	同居 ・ 別居		
-----	同居 ・ 別居			-----	同居 ・ 別居		
-----	同居 ・ 別居			-----	同居 ・ 別居		

申請者の病院(神経科・精神科系)への通院履歴(過去5年間)

病院名	電話番号	担当医師名	通院時期	診断された神経症状、 精勤疾患名
	() —		年 月 } 月 年 月 <input type="checkbox"/> 現在通院中	
	() —		年 月 } 月 年 月 <input type="checkbox"/> 現在通院中	
	() —		年 月 } 月 年 月 <input type="checkbox"/> 現在通院中	