

ゴールドリボン・ネットワーク小児がん経験者奨学金申請書（2021年度生）

※申請書は奨学金支給希望者本人直筆に限ります

受付No. _____

フリガナ						写真（3×4cm） カラー・白黒可上半身の近影 （6か月以内）の写真の裏面に氏名を記入し貼付けてください	
氏名（自署）							
年 月 日 生 男・女（ 歳）							
現住所	（〒 - ）					自 宅 学 生 寮 ア パ ー ト 下 宿 そ の 他 （ ）	
電 話	(TEL)	メールアドレス					
	(携帯)	@					
保護者の住所	現住所と異なる場合ご記入ください（〒 - ）（TEL ）						
在学学校名	立 高等 学校 科 3年 組						
進学 志望校	第一志望	大学・専門学校		学部	学科		
	第二志望	大学・専門学校		学部	学科		
	第三志望	大学・専門学校		学部	学科		
	第四志望	大学・専門学校		学部	学科		
	推薦・AO	大学・専門学校		学部	学科		
現時点での 奨学金の有無	奨学金名	貸与・給付の別	状 況	月 額	貸与または受給の期間		
		貸与・給付	申請予定・申請中・受領中	円	自 年 月	至 年 月	
		貸与・給付	申請予定・申請中・受領中	円	自 年 月	至 年 月	
家族及び家計状況（本人以外の家族全員を記入してください。父母が死亡、離婚、生別れの場合も）							
家 族 構 成	続 柄	氏 名	年 齢	同居・別居	職業（勤務先） 就学状況	所得形態	年間所得金額
	父			同居・別居・死亡・離婚 (死亡/離婚年月 年 月)		給与・自営 年金・その他	万円
	母			同居・別居・死亡・離婚 (死亡/離婚年月 年 月)		給与・自営 年金・その他	万円
				同居・別居 (別居理由)		給与・自営 年金・その他	万円
				同居・別居 (別居理由)		給与・自営 年金・その他	万円
				同居・別居 (別居理由)		給与・自営 年金・その他	万円
				同居・別居 (別居理由)		給与・自営 年金・その他	万円

生 活 事 情	
【本人について】	
これまで受けた医療にかかわる公的助成の有無 (該当するものすべてに○)	有 ・ 無
	小児慢性特定疾病 ・ 指定難病 ・ ひとり親家庭等医療費助成 特別児童扶養手当 ・ 障害児福祉手当 その他 (制度名) (制度名)
障害者手帳の有無 (該当するものすべてに○)	身体障がい者手帳 (対象疾患 第 種 級) 療育手帳 (区分) 精神保健手帳 (級)
現在、自己負担している医療費の有無 (いずれかに○)	有 (円 / 年間) ・ 無
【家庭について】	
保護者の住宅費支出の有無 (いずれかに○)	有 (家賃 ・ ローン) ・ 無 その他 ()
保護者が要介護 または療養中	続柄 () 病名 ()
生活保護受給の有無 (いずれかに○)	有 ・ 無
その他、特記されたいご事情がある場合は、できるだけ具体的に記入ください。	
新型コロナウイルスにより受けた影響や変化 (家計の収入や治療や検査等の支出) があれば記入ください。	
あなたにできる「小児がん啓発活動」「小児がん経験者への支援活動」はどのような事ですか。	
この奨学金を申請した理由、および使用用途についてできるだけ詳しくご記入ください。(本人記入のこと)	
<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>認定NPO法人ゴールドリボン・ネットワーク 理事長 松井秀文 様</p> <p>上記のとおり記載事項に相違ありません。 貴法人の奨学生として採用いただきたく関係書類を添えて申請します。</p> <p>本 人 氏 名 (印)</p>	

【 主治医記入欄 】		
患者名	性別	生年月日
	男・女	年 月 日
<p>1. 小児がんと診断し、治療した年齢・治療期間・病名。 (歳 の頃に 約 カ月間治療 病名)</p> <p>2. 再発、転移、二次がんと診断した事がある場合、治療した年齢・治療期間・病名。 (歳 の頃に 約 カ月間治療 病名) (歳 の頃に 約 カ月間治療 病名) (歳 の頃に 約 カ月間治療 病名)</p> <p>3. 現在の状況（該当するものすべてに☑） <input type="checkbox"/> 小児がんで入院・通院治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了しているが、長期フォローアップ（検査・診察）のため通院中。 <input type="checkbox"/> 晩期合併症、もしくは継続して行う治療のため通院中。 (具体的な病状や病名) (具体的な病状や病名) (具体的な病状や病名) <input type="checkbox"/> 治療終了していて、通院していない。 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>4. 通院中の場合、通院の頻度（検査のみの場合も含む） (回/月 あるいは 回/年)</p> <p>5. 18歳以降の医療費について、公的助成を受けられる予定はありますか？（該当するものすべてに☑） <input type="checkbox"/> 小児慢性特疾病を20歳まで受給予定。その後見込みなし。 <input type="checkbox"/> 指定難病など、他の公的助成受給中、もしくは受給見込み。(制度名) <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>5.その他 特記事項</p>		
(医療機関名) 住所 病院名 TEL		(主治医署名) <div style="text-align: right;">印</div>

推薦書

【 在学記入欄 】

次の生徒は、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	
学校名			
学校長名			
貴校 連絡先住所			
電話番号	()	奨学金担当または担任	

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 () ・ 特記すべき役割 ()
()	学級活動	学級委員長 ・ 特記すべき役割 ()
()	クラブ・部活動	() 部・クラブ : 部長 ・ 特記すべき役割 ()
()	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 (※上記の他に、特に優れている点や人柄など、ぜひご記入ください)

記入者 _____ 印

個人情報の保護に関する同意書

ゴールドリボン・ネットワーク小児がん経験者奨学金 申請者各位

東京都豊島区西池袋 2-21-8 目白櫛マンション 204 号
認定NPO法人ゴールドリボン・ネットワーク

当NPO法人は、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、ゴールドリボン・ネットワーク小児がん経験者奨学金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

- ゴールドリボン・ネットワーク小児がん経験者奨学金制度（以下、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、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、ゴールドリボン・ネットワーク小児がん経験者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（自署） _____ (印)

住所 _____

保護者氏名（自署） _____ (印)