様式１

山口大学医学部保健学科育英奨学会奨学金貸与申請書

令和　　年　　月　　日　記入

申請者	フリガナ				生年月日	年　月　日
	氏　名					
	入学年度	平成 令和　　年度 入学	学年	年	携帯電話番号	
	学科名又は専攻名				学籍番号	

下記の理由により，家計が困窮し授業料等の捻出が困難となったので，
奨学金の貸与を申請します。

貸与申請理由

他の奨学金	貸与が決定されたもの	申請中のもの	授業料免除の申請の有無
名　　称			
金額(月額)	円	円	有　無
半期10万円の増額希望の有無	有　・　無		

保護者等の連絡先等	(フリガナ)		申請者との続柄		税込み年収	
	氏　名					
	現住所	〒　―　TEL　―　―				
	緊急の連絡先(勤務先等)	〒　―　TEL　―　―				

家族の状況（生計を同一とする全ての者）

氏　名	年　齢	申請者との続柄	年間所得見込額	勤務先等
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	

注１　この書類に記載された個人情報は，奨学金貸与選考以外の目的には一切使用しません。
注２　継続して申請する学生は，貸与期間の成績が原則として一定の基準未満の場合は，申請を受理できないことがあります。

特　別　控　除						
母子・父子 世帯	該当　・　非該当					
就学者	氏　名（年齢）	申請者との続柄	設置区分	在　学　学　校　名	通学区分	
	（　）		1. 国立 2. 公立 3. 私立		1. 自　宅 2. 自宅外	
	（　）		1. 国立 2. 公立 3. 私立		1. 自　宅 2. 自宅外	
	（　）		1. 国立 2. 公立 3. 私立		1. 自　宅 2. 自宅外	
障がい者のいる世帯	氏　名	手帳番号	障がい名			

連帯保証人						
	(フリガナ)		生年月日	年　月　日 （　）歳	申請者との続柄	
	氏　名					
	現住所	〒　―　TEL　―　―				

以上のとおり記載事項に相違ありません。

令和　年　月　日

申請者署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

貴会から貸与を受けた場合は，貴会奨学金規則を遵守し，申請者に対しましては奨学生としての責任をはたすことはもとより，奨学金の返済その他の義務につきましても規定に従い，私も連帯の責任を負うことを誓約いたします。

令和　年　月　日

連帯保証人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

山口大学医学部保健学科育英奨学会会長　殿

【備考】

※生計を同一とする家族の所得を証明する書類（前年分の源泉徴収票及び所得証明書等）及び家族全員の住民票を添付してください。

※障がい者のいる世帯については、その事由を証する書類を添付してください。

※貸与決定後は、振込口座振込依頼書，返済誓約書及び連帯保証人の印鑑登録証明書を提出していただきます。