

栃木県育英会高校奨学生願書（在学用）

栃木県育英会高校奨学生として採用していただきたく、関係書類を添えて申し込みます。

年 月 日

公益財団法人栃木県育英会理事長 様

※印の箇所は該当文字を○で囲んでください。

写真貼付
(3.5cm四方)
胸から上のもので
3ヵ月以内に撮影
したもの

申 込 者	フリガナ		印	※ 男・女	
	氏名			平成 年 月 日生	
	学 校	学校			科 年 組
		※ 全日制 定時制 通信制 (単位制)			
		修業年限 (入学から卒業までの最短年限) 年			
入学年月	年 月	卒業予定年月	年 月		
現住所	〒 (-)		☎	自宅 - - 携帯 - -	
保 護 者	氏名		印	本人と の続柄	
	住所	〒 (-)		☎ 自宅 - - 携帯 - -	

申込者（本人）の状況

奨学金希望理由	-----			

他の奨学金との併用	※ 有・無	奨学金の名称		
	実施機関名		貸与月額等	円
	併用状況	※ 1 現在、貸与を受けている。 2 出願中 3 今後、出願予定		

家族の状況

生 計 者 を 除 く 一 に す る 家 族	就 学 者	続柄	氏名	年齢	勤務先名及び電話番号		職業	本人との 同・別居
				歳	-			※同居 別居
				歳	-			※同居 別居
				歳	-			※同居 別居
				歳	-			※同居 別居
本 人 を 除 く 就 学 者	本人	続柄	氏名	年齢	設置者別	学校名	学年	通学別
				歳	※ 国・公・私		年	※自宅 自宅外
				歳	※ 国・公・私		年	※自宅 自宅外
				歳	※ 国・公・私		年	※自宅 自宅外
特 別 控 除 関 係	種別			本人との続柄	程度	長期療養期間		
	心身障害（人） 長期療養（人）				級	年 月から長期療養（病名） ・過去1年間にその療養のため実際に支払った医療費 （保険等で補てんされた金額を除く。） （金額 円）		

注) 心身障害をお持ちの方で障害者手帳の交付を受けている人は、障害者手帳のコピー（名前・級がわかる部分）を添付してください。
また、長期療養者を含めて医療費等の支払いがある場合には、その額がわかる書類を添付してください。添付のないときは、控除
されない場合があります。

育英会記入欄（記入不要）

特 別 控 除	① 母子・父子家庭	万円	② 就学者	万円	ア 総所得金額	収入基準額
					万円	1人 103万円
	③ 障害者（級） （続柄）	万円	④ 長期療養者 （続柄）	万円	イ 特別控除額	2人 165万円
					万円	3人 190万円
	⑤ 主たる家計支持者 の別居（続柄）	万円	⑥ 災害	万円	ウ 認定所得金額（ア－イ）	4人 206万円
					万円	5人 221万円
	⑦ 本人を対象とする控除	万円	⑧ その他	万円	エ（人）基準額	6人 234万円
					万円	7人 246万円
特別控除額合計				万円	オ 割合（ウ÷エ）	8人 257万円
					%	9人 268万円