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〇で囲んでください。

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			平成 年　月　日生	
	氏　名				
	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			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

生計を一にする家族		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
	就学者を除く家族			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	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
				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 万円	収入基準額	
						1人	212万円
	③　障害者（　　級） （続柄　　）	万円	④　長期療養者 （　　）	万円	イ　特別控除額 万円	2人	380万円
						3人	473万円
	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） 万円	4人	515万円
						5人	570万円
	⑦　本人を対象とする控除	万円	⑧　その他	万円	エ（　　人）基準額 万円	6人	608万円
						7人	635万円
	特別控除額合計			万円	オ　割合（ウ÷エ） ％	8人	660万円
						9人	685万円