

柏市ケアリーバー等支援給付型奨学金支給申請書（初年度用）

令和 年 月 日

（宛先） 柏市長

柏市ケアリーバー等支援給付型奨学金の支給を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

記

1 基本情報

ふりがな		生年月日
申請者氏名		年 月 日
現住所	〒	
居所 （住民票の住所と居所が異なる場合に記載してください）		
電話番号		
メールアドレス		
施設名又は里親名		
施設又は里親の住所及び電話番号	(電話 - -)	
給付開始年度 ※該当する□にチェック	☐ 本年度の給付を希望 ☐ 次年度の給付を希望	

2 進学先

大学等の名称及び学部等	修業年限	学年	入学（予定）日
	年制		
現在の状況	在学中・合格済・合否結果待ち・受験予定		
	その他（ ）		

裏面あり

3 奨学金受給状況

国（独立行政法人日本学生支援機構）の給付奨学金※該当する□にチェック
☐ 奨学生証を取得済み ☐ 採用候補者決定済み ☐ 申請中（選考結果待ち）
千葉県児童養護施設等退所者に対する奨学金※該当する□にチェック
☐ 申請中 ☐ 候補者決定済み ☐ 受給中 ☐ 受給予定無し

4 振込先

私は次の口座へ奨学金の振り込みを希望します。

金融機関名	支店名	口座番号
	支店	
名義人（カナ）		

※ご本人名義の口座を指定してください。

5 同意確認 ※お読みいただき□にチェックしてください。

- ・申請者が柏市在住であることを住民基本台帳等で確認します。
- ・養護施設，里親等又は千葉県に対し申請者の在籍について確認する場合があります。
- ・1 から 4 の個人情報については，柏市ケアリーバー等支援給付型奨学金の支給事務に
関して利用し，それ以外の目的には使用しません。また，個人情報は柏市情報セキュ
リティポリシーに基づき適切に保管し，保管の必要がなくなったときは，速やかに
消去します。

☐上記の内容について同意します。