

柏市ケアリーバー等支援給付型奨学金支給申請書（継続用）

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		
電話番号		
メールアドレス		

2 在籍している大学等

大学等の名称及び学部等	修業年限	学年	入学日
	年制		

3 奨学金受給状況（※お読みいただき、□にチェックしてください。）

☐ 私は独立行政法人日本学生支援機構から、給付奨学生認定の効力を停止する又は取消する旨の通知を受けていません。

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。

銀行名	支店名	口座番号
銀行	支店	
名義人（カナ）		

※ご本人名義の口座を指定してください。