

## 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）

〇 月 〇 日

(宛先) 柏市長

進級後、奨学金を継続する場合はこの申請書を使用してください。

初めて申請する場合はこの様式ではありません。

柏市ケアリーバー等支援給付型奨学金申請書を添えて次のとおり申請します。

## 記

## 1 基本情報

ふりがな	かしわ たろう	生年月日
申請者氏名	柏 太郎	2007年4月10日
現住所	〒277-8503 柏市大島田〇〇-〇	
電話番号	04-7190-5779	
メールアドレス	〇〇〇〇@gmail.com	

## 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
〇〇大学	4年制	2	2025年4月1日

## 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。

停止又は取消となった場合、本奨学金についても停止又は取消となります。  
通知を受けた場合は至急ご連絡ください。  
(TEL:04-7190-5779)

銀行名	支店名	口座番号
〇〇銀行	柏支店	〇〇〇〇〇〇
名義人(カナ)	カシワ タロウ	

※ご本人名義の口座を指定してください。