

様式第1号(第4条関係)

医 学 生 等 奨 学 資 金 申 請 書

ふりがな							(有・無) (貸与・贈与)	
氏 名			生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)	他の奨学金 の受領	名称		
						月 額	円	
現住所	〒				電話番号 (携帯電話推奨)			
					最終学歴	学校		
在 学 校 名 ※ 4 月 1 日 に 在 学 する 学 校	大学・短期大学 専門学校					学 部 科	国公立 ・ 私立	
							昼間 ・ 夜間	
	修業年数 6・4・3・2 年制		所属する学年 ()		年 月 卒 業 予 定		自宅通学・自宅外通学	
家 族 構 成	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	勤務先名 (就学者は学校名)	同居又は別居	備 考	
特別事情	☐ ひとり親世帯 (母子世帯、父子世帯、養育者世帯)				☐ 障がいのある人の世帯 (人) ※証明書類を添付してください。			
医 学 生 等 奨 学 資 金 の 希 望 の 理 由								
入学準備金	一時金10万円(申請年度に入学する者に限る。) 希望する ・ 希望しない							

上記のとおり記載事項に相違ありません。
臼杵市医学生等奨学資金に関する条例による医学等奨学生を希望しますので、必要書類を添えて申請します。
なお、審査の際、市が保有する世帯全員の住民情報及び税務情報を閲覧、取得することに同意します。

年 月 日
(あて先) 臼杵市長

本人 氏名 ※自署又は記名押印
生計維持者 住所
氏名 ※自署又は記名押印
間柄
電話番号