

大学等における修学の支援に関する法律による 授業料等減免の対象者の認定に関する申請書

A様式 1

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
東京山手メディカルセンター附属看護専門学校 学校長 殿

私は、貴校に対し、大学等における修学の支援に関する法律による授業料等減免の対象者としての認定を申請します。

申請にあたって、私は以下の事項を確認し、理解しています。

- ◆ この申請書の記載事項は事実と相違ありません。なお、申請書の記載事項に事実と相違があった場合、認定を取り消され、減免を打ち切られることがあるとともに、在学する学校から減免を受けた金額の支払を求められることがあることを承知しています。
- ◆ 授業料等減免の対象者の認定手続きにおいて、独立行政法人日本学生支援機構（以下、「機構」という。）を通じ、独立行政法人地域医療機能推進機構東京山手メディカルセンター附属看護専門学校が機構の保有する私の給付型奨学金に関する情報の送付を受けること、及び機構が独立行政法人地域医療機能推進機構東京山手メディカルセンター附属看護専門学校の保有する私の授業料等減免等に関する情報の送付を受けることに同意します。
- ◆ 現在、他の学校において、大学等における修学の支援に関する法律による授業料等減免を受けておらず、当該授業料等減免の対象者の認定申請中でもありません。

※以下のすべての項目を申請者本人が記入してください。（*を附した項目については、該当者のみ記入すること。）

申請者	フリガナ			入学年月	年 月 入学
	氏 名				
	生年月日	(西暦) 年 月 日生 (歳)			
	現住所	〒 都道府県 市区町村			
	所属学部・学科等			学籍番号	
	学 年		昼間・夜間・通信の別	☐ 昼（昼夜開講を含む） ☐ 夜 ☐ 通信	
	過去に本制度の支援を受けた学校名、期間(*)	(学校名)		(期間/月数) 年 月～ 年 月 / 月	
	過去に本制度の入学金減免を受けたことがありますか。	ある ・ ない			
	機構の給付型奨学金に関する情報 (いずれかの□に✓印を付け、右欄に該当する番号を記載してください。) ※予約採用の採用候補者は、機構からの通知のコピーを添付すること				
	☐ 予約採用の申込を行った者 【給付奨学金の申込の受付番号（採用候補者となっていれば登録番号、給付奨学生となっていれば奨学生番号）】				
☐ 在学(在学予約)採用の申込を行った者 【給付奨学金の申込の受付番号 (給付奨学生となっていれば奨学生番号)】					

申請書の作成にあたっての注意事項

- イ 大学等における修学の支援に関する法律による修学支援は、授業料等減免と給付奨学金により行うこととしております。このため、あらかじめ機構に給付型奨学金の申込みを行ってください。給付奨学金の申込みがない場合、授業料等減免の申請書類審査等に一定の時間を要します。
なお、給付型奨学金と授業料等減免の認定の要件は同一であるため、給付奨学金に申し込んだ結果、認定を受けることができなかった（給付奨学生として採用されなかった）場合は、同じ期間、授業料等減免の支援についても受けることはできません。
- ロ 給付型奨学金に未申請のため、「機構の給付型奨学金に関する情報」の欄を記入することができない場合は、直近の給付型奨学金の申請期間内に申請を行い、速やかにその旨を本校に申し出てください。
- ハ 「機構の給付型奨学金に関する情報」の欄について、予約採用における採用候補者は、採用候補者決定通知の受付番号を記入するとともに、採用候補者決定通知のコピーを必ず添付してください。
- ニ 過去に、大学等における修学の支援に関する法律による授業料等減免の支援を受けたことがある場合には、当該期間の月数を申告してください。
- ホ 入学年月について、編入学又は転学等により入学した場合は、その年月を記入してください。専攻科に在学している場合は、専攻科に入学した年月を記入してください。
- ヘ 申請書に記載された内容及び提出された書類の情報は、授業料等減免の認定及び本校が実施する経済支援のために利用します。また、今後の授業料等減免制度の検討のため、統計資料の作成に利用する場合がありますが、作成に際しては個人が特定できないように処理します。