（様式１）

授業料等減免の対象者の認定に関する申請書

年 月 日

奈良県立医科大学理事長 様

私は、貴学に対し、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、奈良県立医科大学が機構の保有する私の給付奨学金に関する情報の送付を受けること、及 び機構が奈良県立医科大学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 市区府県 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 |
| 日本学生支援機構の給付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）】 |  |