

授業料減免制度利用申請書

学校法人 産業教育事業団
マロニエ医療福祉専門学校
小山歯科衛生士専門学校
学校長様

太枠内に必要事項を記入し、添付書類①②を添えて提出してください。

記入日	平成 年 月 日					
学科名						
フリガナ				性別	生年月日	
本人氏名	㊟			男・女	西暦 年 月 日	
本人現住所	〒 ー			電話 () ー		
	フリガナ					
家族の状況 (本人以外)	氏名	年齢	続柄	収入の有無	同居別居の別	職業(勤務先)または学校名
				有・無	同居・別居	
				有・無	同居・別居	
				有・無	同居・別居	
				有・無	同居・別居	
				有・無	同居・別居	
				有・無	同居・別居	
				有・無	同居・別居	

■添付書類

① 以下の(1)～(4)のいずれかに該当する者であることを証明する書類

- (1) 生活保護世帯の生徒
- (2) 市町村民税所得割非課税世帯の生徒
- (3) 所得税非課税世帯の生徒
- (4) 保護者等の倒産、失職、被災等により家計の急変した世帯の生徒

※(1)～(3)については、所得証明書類(生活保護受給証明書、住民税特別徴収税額通知書、所得税非課税証明書など)
なお、上記書類で個人の証明となるものについては、就学者を除く世帯全員分が必要となります。

※(4)については、家計急変等の状況を証明する書類(倒産・解雇による失職や自営業の廃止を証明する書類など)

② 住民票(世帯全員分が記載されたもの)

※注意事項

1. 家族に就学者(本人除く)がいる場合は、就学年次も記入してください。
2. 家族に障がいをお持ちの方または長期療養の方等がいる場合は、「職業欄」に身障・長期療養の別と療養の始まった年月日を記入してください。
3. 当申請書は添付書類を必ず添え、入学手続き完了日から入学年度の4月末までに提出してください。
4. なお、頂いた個人情報は授業料減免制度利用申請の用途以外では使用いたしません。