教室掲示用

『アフラック小児がん経験者・がん遺児奨学金制度』
2022年度奨学生募集要項

希望者は募集要項に記載の書類①～⑦をご準備の上、担任の先生を通じて事務室まで提出してください。書類②は担任の先生へ記入を依頼してください。
書類提出締切：令和４年１月31日（月）

制度の趣旨

本奨学金は、18歳未満で小児がんを発症した小児がん経験者および、「がん」により主たる生計維持者を失った遺児で、経済的理由により以下の教育機関・課程の修学もしくは充実した学校生活が困難な方に、奨学金の給付を行うことを目的として設定された「アフラック小児がん経験者・がん遺児奨学金制度」に基づいて運営されるものです。

対象となる教育機関は、学校教育法により定められた次の機関になります。

- 「高等学校」
- 「特別支援学校の高等部」
- 「中等教育学校の後期課程」
- 「高等専門学校」
- 「専修学校の高等課程」（小児がん経験者の場合は「一般課程」も対象）

対象	小児がん経験者	がん遺児
出願の資格	①18歳未満で小児がんを発症した小児がん経験者で、経済的な理由により援助を必要とする方 ②2022年4月時点において高等学校等に在学予定の方 ③奨学金申請時における前年度の世帯の収入または所得が下記の上限を超えない方 ※小児がんとは、小児慢性特定疾病で「悪性新生物」に該当するものをさします。	①「がん」により**主たる生計維持者**を失った遺児で、経済的な理由により援助を必要とする方 ②2022年4月時点において高等学校等に在学予定の方 ③奨学金申請時における前年度の世帯の収入または所得が下記の上限を超えない方 ④直近の学習成績が評定平均値3.5（5段階評価）以上の方、評定値を付さない学校の在学生についてはこれに相当する方、または特定の分野において全国あるいは都道府県レベルで優れた実績のある方（全国大会出場等）
募集人員	全国で30名程度 内訳（1年生15名、2年生10名、3年生5名）	全国で140名程度 内訳（1年生70名、2年生40名、3年生30名）
給付額等	給 付 額 ： 月額20,000円 給付期間 ： 対象となる教育機関に在学中の期間（正規の最短修業期間以内） 高等専門学校においては最長で5年間給付（専攻科は含まず） 給付方法 ： 毎年3期に分けて、原則として7月、11月、3月に4カ月分をまとめて給付します。	
奨学金の返還	この制度に基づく奨学金は原則として返還を要しません。（他奨学金との併用可）	

小児がん経験者・がん遺児共通

世帯人数	給与所得世帯（万円）	給与所得以外の世帯（万円）
1	４５１	１４２
2	５４０	２０４
3	５７６	２２９
4	５９９	２４５
5	６２０	２６０
6	６３９	２７３
7	６５６	２８５
該当欄	源泉徴収票の支払額	確定申告書の所得金額

<table>
<tr><th>対象</th><th>小児がん経験者</th><th>がん遺児</th></tr>
<tr><td rowspan="4">募集要項添付書類</td><td colspan="2">①「小児がん経験者・がん遺児奨学金」奨学生願書【2022年度】</td></tr>
<tr><td colspan="2">②在学学校長（申込時）の推薦書兼成績証明書
＊学習成績の評定平均値は、申込時在学年（1・2学期もしくは前期）の平均値を5段階（他の評価方法の場合、5段階評価に換算）で小数点2桁までご記入ください。
※1学期の成績のみの成績証明書は不可。※評定値が3学期終了後に出る場合は、1・2学期または前期の仮の平均値を記入。</td></tr>
<tr><td colspan="2">③個人情報の保護に関する同意書
＊内容をご確認の上、本人と保護者の署名押印をお願いします。</td></tr>
<tr><td colspan="2">④採否通知用宛名用紙</td></tr>
<tr><td rowspan="3">各自ご用意いただく書類</td><td colspan="2">⑤申込時在学年1・2学期の学業成績通知表の写し（全ての頁をコピーしてください）
＊2学期制の場合は、申込時在学年前期のもの</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑥保護者（父母・親族）の直近の収入（2020年中）を証明する公的証明書（年間収入が明記されていること）の原本
＊生活保護受給中の方は別途「生活保護決定（変更）通知書」（金額の記載のあるもの）を提出してください。
＊証明書の書式は市区町村によって異なります。
＊給与所得の源泉徴収票、確定申告（控）、住民税の通知書は不可です。</td></tr>
<tr><td>⑦小児がんに罹患したことを証明する医師の診断書
＊主治医より、⑴小児がんの病名、⑵発症年齢、⑶病状経過（再発の有無を含む）、⑷治療内容及び治療終了年月、⑸申請時現在の状況（抗腫瘍治療の有無、継続的に治療を要する晩期合併症の有無及び治療内容）を記載していただいてください。　※書式に定めはありません</td><td></td></tr>
<tr><td>申込先</td><td colspan="2">〒111-0053　東京都台東区浅草橋1-3-12
公益財団法人 がんの子どもを守る会 奨学金担当 宛（TEL：03-5825-6311）
※お申し込みは個別でも学校で取りまとめての発送でもかまいません</td></tr>
<tr><td>申込期間</td><td colspan="2">2021年 11月1日　～　2022年 2月末日（消印有効）</td></tr>
<tr><td>内定時期</td><td colspan="2">アフラック小児がん経験者・がん遺児奨学金給付規定に基づき、同運営委員会で選考の上、
本人及び学校長に通知します。（2022年4月下旬予定です。）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">内定後の提出書類</td><td colspan="2">①住民票記載事項証明書等
＊本籍地欄の表示は不要です　＊生計を一にする方全員分</td></tr>
<tr><td colspan="2">②在学証明書、③奨学金振込口座指定届</td></tr>
<tr><td></td><td>④奨学金給付申請の原因となる主たる生計維持者の死亡診断書
＊死亡診断カルテが保存期間（5年）の経過によって破棄されている場合（医療機関にないとき）は、本籍地を管轄する法務局で発行される死亡届書の記載事項証明書</td></tr>
</table>

※本奨学金制度の募集要項送付や採否通知等の事務手続きに関する文書送付につきましては、「小児がん経験者・がん遺児奨学金制度」、「公益財団法人がんの子どもを守る会」と表記された封筒が使われますことをご了承ください。
※応募書類については返却いたしませんので、ご了承ください。

小児がん経験者用

アフラック小児がん経験者奨学金願書【2022年度】　　受付No.

本人（自署）	フリガナ		生年月日	年　月　日 生
	名前	男・女		（年齢：　歳）
	住所	〒		
	高等学校名（中学生は進学希望校）	立　高等学校　分校		科・第　学年 ※申込み時点
	課程	全日制・定時制・通信制・（単位制）		高等学校卒業予定　年　月
	中学校名（中学校在学生のみ）	立　中学校　年		
保護者（※）	名前	㊞	本人との続柄	
	住所	〒	就業状況（○印をつけてください）	
	電話番号（日中連絡先）		有（常勤・パート・自営・農業）・無	

小児がん経験者奨学金の奨学生として採用していただきたく、在学学校長の推薦書及び主治医の診断書を添えて申請いたします。
公益財団法人がんの子どもを守る会　殿　　年　月　日

生計を一にする家族の構成（※）	名前	続柄	年齢	就学・就労状況	収入の有無	年間収入
		父			有・無	万円
		母			有・無	万円
				就学前・小・中・高・大・他（　）（　）年・社会人	有・無	万円
				就学前・小・中・高・大・他（　）（　）年・社会人	有・無	万円
				就学前・小・中・高・大・他（　）（　）年・社会人	有・無	万円
				就学前・小・中・高・大・他（　）（　）年・社会人	有・無	万円
他の奨学金の受給（内定を含む）	有（奨学金名　月額　円　貸与／給与）・無					

奨学生決定の際の判断とさせて頂きますので、正確にご記入ください。

生活事情（※）	1. 保護者が療養中などの場合：続柄（　）、病名 2. 家族（本人・保護者以外）が療養中などの場合：続柄（　）、病名 3. 保護者の住宅費支出の有無：有（家賃・ローン）・無 4. 生活保護受給の有無：有・無 その他、特記されたいご事情（できるだけ具体的にご記入ください） （　）

（※）以外は特別な理由がない限り、出願生徒本人が記入してください。代筆の際は、その理由を別紙にてご記入ください。

小児がん経験者用

アフラック小児がん経験者奨学金願書【2022年度】　　受付No.

小児がんについて	1. 小児がんを発症したのは何歳のときですか。　　歳　　年　　月 2. 病名は何ですか。 3. 現在も抗腫瘍治療中ですか。 はい（入院中・通院中（頻度　　回／月））　・　いいえ 4. 継続的に治療を受けている晩期合併症があれば、その内容をご記入ください。 （　　） 5. 治療を受けるために遠方（自宅から片道150km以上）の病院を受診していますか。 している　・　していない 6. 現在、治療のために多額の自己負担費用が発生していますか。 ない　・　ある（月額約　　円） 自己負担内訳： 7. その他、特記されたいご事情（具体的にご記入ください） （　　）
学校生活・学外活動	現在の学業及び学校生活の状況、また学外の活動で力を入れて取り組んでいることがあれば、ご記入ください。 （　　）
奨学金について	この奨学金を申請した理由、また、奨学金を受けてどのような学校生活を送りたいと考えているかをご記入ください。 （　　）

（※）以外は特別な理由がない限り、出願生徒本人が記入してください。

がん遺児用

アフラックがん遺児奨学金願書【2022年度】　　受付No.

本人（自署）	フリガナ		生年月日	年　月　日 生
	名前	男・女		（年齢：　歳）
	住所	〒		
	高等学校名（中学生は進学希望校）	立　高等学校　分校		科・第　学年 ※申込み時点
	課程	全日制・定時制・通信制・（単位制）		高等学校卒業予定　年　月
	中学校名（中学校在学生のみ）	立　中学校　年		
保護者（※）	名前		㊞	本人との続柄
	住所	〒		就業状況（○印をつけてください） 有（常勤・パート・自営・農業）・無
	電話番号（日中連絡先）			

がん遺児奨学金の奨学生として採用していただきたく、在学学校長の推薦書を添えて申請いたします。
公益財団法人がんの子どもを守る会　殿　　年　月　日

生計を一にする家族の構成（※）	名前	続柄	年齢	就学・就労状況	収入の有無	年間収入
					有・無	万円
				就学前・小・中・高・大・他（　）（　）年・社会人	有・無	万円
				就学前・小・中・高・大・他（　）（　）年・社会人	有・無	万円
				就学前・小・中・高・大・他（　）（　）年・社会人	有・無	万円
				就学前・小・中・高・大・他（　）（　）年・社会人	有・無	万円
	がんで他界された生計維持者の名前（ご両親ともがんで他界されている場合、お二人ともご記入ください）			死亡年月日	年　月　日	
				死亡年月日	年　月　日	

他の奨学金の受給（内定を含む）	有（奨学金名　月額　円　貸与／給与）・無

奨学生決定の際の判断とさせて頂きますので、正確にご記入ください。

生活事情（※）	1. 保護者が療養中などの場合：続柄（　）、病名 2. 家族（保護者以外）が療養中などの場合：続柄（　）、病名 3. 保護者の住宅費支出の有無：有（家賃・ローン）・無 4. 生活保護受給の有無：有・無 5. 遺族年金受給の有無：有・無
奨学金について	この奨学金を申請した理由、また、奨学金を受けてどのような学校生活を送りたいと考えているかをご記入ください。

（※）以外は特別な理由がない限り、出願生徒本人が記入してください。代筆の際は、その理由を別紙にてご記入ください。

推薦兼成績証明書

次の生徒は学業、人物ともに優秀であり、貴奨学金制度の奨学生として選考されることが適当と認められますので推薦いたします。

生　徒　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　学　年 ＿＿＿＿＿＿

（申込み時点）

学　校　名
または中学校名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

学校長名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

貴　　校
連絡先住所 〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿ 奨学金担当または担任 ＿＿＿＿＿＿

学習成績の評定平均値		(5段階)

※評定平均値は、申込在学年の平均値（1・2学期もしくは前期）を5段階で小数点2桁（切り上げ）までご記入ください。（例：3.80、4.25）
※1学期のみの証明書は不可。
※「がん遺児奨学金」に申込まれる場合、3.5以上の評定値が必要です。

下記の項目で該当するものに○をつけ、（　）内に時期・内容・詳細等をご記入ください。（奨学生決定の際の判断材料とさせて頂きます）

（　）	生徒会活動	会長・副会長・生徒会役員（　　）・特記すべき役割（　　）
（　）	学級活動	学級委員長・特記すべき役割（　　）
（　）	クラブ・部活動	（　　）部・クラブ：部長・特記すべき役割（　　）
（　）	学校行事	体育祭・文化祭・その他行事（　　）実行委員長
（　）	特記すべき顕著な成績	スポーツ・文化・芸術：内容（　　）

推薦理由（※上記の他、特に優れている点や人柄等、是非ご記入ください）

個人情報の保護に関する同意書

アフラック小児がん経験者・がん遺児奨学金制度 申請者各位

公益財団法人がんの子どもを守る会

弊会は、個人情報保護に関する法律(平成15年法律第57号)に基づき、アフラック小児がん経験者・がん遺児奨学金制度（以下、本奨学金制度）の申請者及びその保護者等関係者の個人情報を、下記の業務内容及び利用目的の達成に必要な範囲で提供先とともに利用致します。

記

業務内容

○本奨学金制度の助成事業遂行に必要な業務
（助成先の審査、決定、給付及び奨学金の管理に付随する業務）

利用目的

○本奨学金制度への申し込みに伴う審査、決定及び助成給付の際の判断のため
○本奨学金制度の事業執行の妥当性の判断並びに業務及び管理を適切に遂行するため

個人情報提供先

○本奨学金制度関係者
（選考委員会ならびに選考委員、委託者、推薦者、本奨学金事務局）
○主務官庁

以上

上記の通り利用目的の明示を受けましたので、その確認及び同意の上、アフラック小児がん経験者・がん遺児奨学金制度の助成給付の申請を致します。

年　　月　　日

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

【採否通知用宛名用紙】

〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 学校長様

ご本人の在学校住所、学校名をご記入ください

申請者ご本人のお名前

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※本奨学金制度の選考結果は、申請者ご本人とお申し込み時のご本人の在学学校の学校長様宛に、郵送で通知されます。上記記入欄に申請者ご本人在学学校名と申請者ご本人のお名前を正確にご記入ください。

切り離してそれぞれを提出して下さい

アンケートのご協力お願い致します

本奨学金制度を知ったきっかけ（複数選択可、該当する番号に◯をつけてください）

1. 病院（ 医師 ・ 看護師 ・ その他 ）
2. 同じ病院に入院中の患者家族
3. 学校
4. 新聞、雑誌（ 掲載紙名 ）
5. ホームページ（ アフラック ・ がんの子どもを守る会 ・ その他 ）
6. テレビ、CM
7. 街頭募金活動
8. アフラックの保険販売代理店
9. その他（ ）

学校・病院関係者の方へお願い

募集要項については1部ずつの配布をしております。複数の申込者がある場合、コピーまたは、当会ホームページ（http://www.ccaj-found.or.jp/support-01/）よりダウンロードでの配布にご協力お願い致します。