

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【2026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 在生のみ)	立 中学校 年				
保護者（※）	名前		印	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)					
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						
生計を二にする家族の構成（※）	名前	続柄	年齢	就学・就労状況		収入の有無
		父				有・無
		母				有・無
				就学前・小・中・高・大・他()()年・社会人		有・無
				就学前・小・中・高・大・他()()年・社会人		有・無
				就学前・小・中・高・大・他()()年・社会人		有・無
				就学前・小・中・高・大・他()()年・社会人		有・無
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いただきますので、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【2026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（ 年 月終了） 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. 日常生活を送るうえで使用している補装具（義眼・義肢・ストーマなど）があれば、その内容をご記入ください。 *リハビリなど一時的な使用は除きます。 [] 6. 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 7. 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： 8. 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【2026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		
	課程	全日制・定時制・通信制・(単位制)			※申込み時点 高等学校卒業予定 年 月		
	中学校名 (中学校 在学生のみのみ)	立		中学校	年		
保護者（※）	名前			印	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							
生計を二にする家族の構成（※）	名前	続柄	年齢	就学・就労状況		収入の有無	
						有・無	
				就学前・小・中・高・大・他()()年・社会人		有・無	
				就学前・小・中・高・大・他()()年・社会人		有・無	
				就学前・小・中・高・大・他()()年・社会人		有・無	
				就学前・小・中・高・大・他()()年・社会人		有・無	
	亡くなられた主たる生計維持者の名前 (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		
注)主たる生計維持者は年間収入が多い方の保護者が該当します。							
奨学生決定の際の判断とさせていただきますので、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 6. 他の奨学金受給の有無： 有(給付 / 貸与 円 / 月)・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

【評定平均値記入の際は以下の点にご注意ください】

※評定平均値は、申込在学年の全教科の平均値(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)

※5段階以外の評価方法の場合、5段階評価に換算したうえで平均値をご記入ください。

※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。

学習成績の評定平均値	
------------	--

(5段階)

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いただきます)

()	生徒会活動	会長・副会長・生徒会役員()・その他()
()	学級活動	学級委員長・その他()
()	クラブ・部活動	()部・クラブ部長・その他()
()	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】

在学
校
住
所

〒

在学
校
名

左の枠内に申請者の在学学校名・住所をご記入ください

申請者ご本人のお名前

学校長様

※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の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. Web広告
7. テレビ、CM
8. 街頭募金活動
9. アフラックの保険販売代理店
10. 友人、知人
11. チラシ、ポスター
12. その他()

募集要項に関するお願い

募集要項については学校・病院ごとに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(<https://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。

『アフラック小児がん経験者・がん遺児奨学金制度』

申請書類チェックシート

ご提出いただく申請書類に不足や不備があった場合、出願を受理しかねることがございます。
そのため、お申し込み前に再度、下記の申請書類①～⑦と注意点をご確認のうえ、ご提出いただくようお願いいたします。

チェック欄



①	「小児がん経験者・がん遺児奨学金」奨学生願書【2026年度】	
*小児がん経験者用／がん遺児用、いずれかの願書に必要事項をすべてご記入ください。 *願書内の(※)以外は<u>出願生徒本人</u>がご記入ください。やむを得ず代筆となる場合は、<u>その理由も添えて</u>ご提出ください。		
②	在学学校長(申込時)の推薦書 兼 成績証明書	
③	個人情報の保護に関する同意書	
④	採否通知用宛名用紙	
*出願生徒の<u>在学学校名とその住所</u>、および<u>出願生徒本人のお名前</u>をご記入ください。		
⑤	申込時在学年1・2学期の学業成績通知表の写し	
*学業成績通知表はすべてのページをコピーしてください。 *2学期制の場合は、申込時在学年<u>前期のもの</u>をご提出ください。		
⑥	保護者(父母・親族)の直近(2024年中)の収入を証明する公的証明書	
*課税証明書など<u>年間収入が明記されている証明書</u>をご提出ください(証明書の書式は市区町村により異なります)。 *<u>2025年や2023年分などの公的証明書は不可</u>となります。 *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となります。 *保護者に収入がない場合は、非課税証明書など<u>無収入であることを証明する公的証明書</u>をご提出ください。 *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)をご提出ください。 *がん遺児奨学生出願の場合、<u>亡くなられた保護者の収入証明書のご提出は不要</u>です。		
⑦	小児がんに罹患したことを証明する医師の診断書【小児がん経験者奨学生出願の場合のみ】	

*診断書には主治医より以下(1)～(5)の内容を記載していただいでください。

(1)小児がんの病名、(2)発症年齢、(3)病状経過(再発・転移の有無を含む)、(4)治療内容及び治療終了年月、

(5)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、恒常的に使用する補装具の有無)

*診断書の書式に定めはありません