

公益財団法人鹿児島県育英財団理事長 殿

氏 名

㊟

返還支援候補者認定申請書

返還支援候補者の認定を受けたいので、鹿児島県育英財団奨学金返還支援事業実施規程第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者 (自署)	高等学校等名	(平成 年 月 卒業・卒業見込)				
	学 科 名	学校コード				
	フリガナ					性 別
	氏 名					
	生年月日	平成 年 月 日生(満 歳) ※平成31年4月1日現在				
	住 所	〒				
	電話番号	携帯		固定		
	出身中学校					
保護者 (自署)	フリガナ					
	氏 名					㊟
	住 所	〒		住所コード		
	電話番号	携帯		固定		
進学希望校	大学等名				学部	学科
	所在地	〒				
	正規の修学期間	平成 31年 4月 1日～平成 年 3月 31日				
奨学金 借用予定	借入金額(予定)	日本学生支援機構第一種奨学金			円/月	
		総額			円	
	借入期間(予定)	平成 年 月 ～平成 年 月				

私は、鹿児島県育英財団奨学金返還支援事業実施規程の内容を十分理解し、了承しました。  
 また、返還支援候補者及び返還支援対象者となった際は、日本学生支援機構等他の奨学金団体へ、奨学金の受給状況や滞納状況について当財団が調査等を行い、当該調査等の依頼を受けた者が当該調査等に回答することに同意します。  
 なお、鹿児島県が実施する返還免除の制度が設けられている修学資金等の貸与を受けないことを申し立てます。 平成 年 月 日  
 (氏名自署) \_\_\_\_\_

---

保護者同意欄 (保護者氏名自署) \_\_\_\_\_

※ 進学希望校については大学等名、学部、学科についてすべて記載してください。  
 ※ 申請者の生年月日は和暦、( )内は、平成31年4月1日現在の満年齢を記入してください。