

給付奨学金返還免除願 独立行政法人 日本学生支援機構理事長 殿 年 月 日		
	氏 名 (自 署)	住 所
奨学生		〒 _____ TEL ()
私は精神又は身体の障害により返還ができなくなったため、 下記のとおり奨学金の返還免除をお願いいたします。		
1	奨 学 生 番 号	奨 学 金 の 給 付 を 受 け た 学 校 名
2	病 名 等	

注意 1. 添付書類

(1) 精神又は身体の障害の事実及び程度を証する医師又は歯科医師の診断書(同封)

(2) 奨学生の収入に関する証明書(所得証明書または(非)課税証明書)【コピー不可】

(3) 右欄の奨学金を返還できない状況にあることを確認できる書類(上記(2)の収入金額において、給与所得者で年間収入金額が300万円を超える(給与所得者以外は年間所得金額が200万円を超える)場合のみ、提出が必要)

裏面がありますので、ご確認ください。

奨学金を返還できない状況にあることを確認できる書類

奨学生の収入金額において、給与所得者で年間収入金額が300万円を超える(給与所得者以外は年間所得金額が200万円を超える)方は、以下の全ての事項を記載してください。

1	返還することが できなくなった事情	
2	生活状況	
上記のとおり相違ないことを確認しました。		
報告者	住 所	
	職 名	
	氏 名	
注意 ① 報告者は公民館長、学校長、福祉事務所長、病院長(診断書の証明をした方は除きます。) 又は精神保健福祉士、介護福祉士、社会福祉士、看護師などの医療若しくは福祉に関する国家資格を有する者の自署が必要です。 ② 本人および本人の親族による署名は認められません。		

ご記入いただいた情報及びあなたの奨学金に関する情報は、奨学金事業のために利用されます。この利用目的の適正な範囲内において、当該情報(奨学金の返還状況に関する情報を含む)が報告者に必要に応じて提供されますが、その他の目的には利用されません。