

介護福祉学科 特別減免制度利用申請書

学校法人 北杜学園
仙台医療福祉専門学校
校長 殿

| | | | | | | | |
|--------------|------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------|-----------------------------|-------------------------------|
| フリガナ | | | | 性別 | 生年月日 | | |
| 本人氏名 | | | | 男・女 | 西暦 | 年 月 日生 | |
| 本人 現住所 | 〒 — 電話 — — | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | |
| 出身高校等 その他 | 課程 | <input type="checkbox"/> 全日制 | <input type="checkbox"/> 定時制 | <input type="checkbox"/> 通信制 | フリガナ | 先生 | |
| | | <input type="checkbox"/> 高卒認定 | <input type="checkbox"/> その他 | | 担任 | | |
| | 学校 | | | | 卒業年月 | <input type="checkbox"/> 卒業 | |
| | 高校等コード (P7参照) | | | | 西暦 | 年 月 | <input type="checkbox"/> 卒業見込 |
| フリガナ | | | | 性別 | 本人との続柄 | | |
| 父母等氏名 | | | | 男・女 | | | |
| 父母等 現住所 | 〒 — 電話 — — | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | |
| | 都道 府県 | | | 郡市 町村 | | | |

●生活を共にする家族の状況（本人以外を記入してください）

| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業(勤務先)又は学校名 | 同・別居の別 |
|----|---|----|--------------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 備考 | 1. 職業は、兼業の場合も含め、具体的(勤務先等)に記載のこと。 2. 就学者の場合は、職業の欄に通学校名を記載のこと。 | | | |

●申請理由（具体的かつ詳細に記入してください）

●添付書類

| | |
|---|---|
| <p>① <input type="checkbox"/></p> <p>父及び母→ 給与所得がある方は申請時直近の「所得証明書」1通 個人事業者の方は申請時直近の「確定申告書等の写し」1通</p> | <p>② <input type="checkbox"/></p> <p>世帯全員の記載のある住民票の写し 1通 ※マイナンバー（個人番号）の記載のないもの。</p> |
|---|---|

●申込要件

オープンキャンパス等
(オンライン含む)に参加済

参加日 年 月 日

記入上の注意（介護福祉学科特別減免制度利用申請書）

(1) 該当する項目は、志願者本人が楷書でもれなく記入、またはチェック(☑)、または○で囲んでください。(ボールペン等使用のこと※消せるボールペン不可)

(2) 受付期間は2026年4月6日(月)から2027年3月5日(金)までとなります。

(3) 高校等コード欄はP7を参照の上、出身高校等コードを記入してください。

該当する出身高校等のコードが無い場合は、入学事務局に連絡してください。