

【父母が海外在住の場合】

奨学金を出願する学生は、この様式を父母の勤務先に提出し、証明を受けてください。

If your parents are abroad, please submit this certificate to your parents' place of employment to prove the amount the company is paying to your parents.

支払証明書(Certificate)

会社の代表者は、2024年1月1日～12月31日の支払総額を証明してください。

Please prove your total payments from January 1st to December 31st, 2022.

給与受給者の氏名 Name of the person receiving the salary

給与受給者の住所 Address of the person receiving the salary

雇用期間 Period of employment

/ / ~ / /

支払年度 Payment year	支払期間 Period of payment	支払総額 Total payment	通貨 Currency unit
2024	2024.1.1 ~2024.12.31		

扶養家族 Dependents		
氏名 Name	続柄 relationship	年齢 age
①		
②		
③		
④		
⑤		

上記の通り間違いないことを証明します。 I prove that the above is correct.

証明日 Date of proof

/ /

会社所在地 Location

会社名称 Campany name

会社代表者氏名 President

公印 Official seal of company

※以下は学生自身が記入して下さい。 Students should fill in the following

私の 父 ・ 母について、証明書を提出します。

↑ いずれか〇をつける

学部 受験番号

氏名 (自署)

給与支払見込証明書

この書類は昨年中途入社した者及び今年入社した者が提出する書類です。

入社月より 1 年間の支払総額（賞与も含めた見込額）を下記に証明を受けてください。

<u>現住所</u> <u>受給者氏名</u>					
就職年月日		年　月　日		職名（役職名）	
給 与	区　分	支払区分	内　　訳		支　　払　　総　額 (税　　込)
			賞与支払総額	給与支払総額	
	最近の月収 (又は見込額)	年　月分			
入社後 1 年間の 支払総額または 支払見込額	年　月分 ～ 年　月分	円	円	円	円
扶　養　家　族					
氏　　名		続　柄	年　齢	氏　　名	続　柄
①				④	
②				⑤	
③				⑥	
上記のとおりであることを証明します。 年　月　日 住所（所在地） 氏名（名称） 代表者氏名					
				公印	

学部

学科

受験番号

氏　名（自署）

医療費明細書

年 月 日

学部	学科	受験番号
----	----	------

氏名(自署)

療養者氏名		出願者との続柄	
病名			
療養期間	年 月	～ 現在まで	[月間]

- ①出願時現在において**6カ月以上**にわたる期間、療養中の場合または療養を必要と認められる場合は、医師等の診断書(コピー可)を提出することにより控除を受けられる場合があります。
- ②出願時現在で療養が終わっている場合は対象外となります。
- ③**最近6カ月間に**実費負担した分の「医療費明細書」(領収書)を日付順に並べて裏面に貼付してください。
- ④提出された書類はお返しできません。

(年 月 ～ 年 月分)

(A) 医療費	(B) 保険等による補填額	(A)-(B) 本人負担額	備考
円	円	円	

※大学記入欄

() × () = ()

【 ケ月分】

退職証明書

退職者氏名

現住所

退職年月日

年 月 日

退職金の有無

有・無

退職金の金額

円

上記の通りであることを証明します。

年 月 日

住所（所在地）

会社名称

代表者氏名

公印

学部

学科

受験番号

氏名（自署）