

身体障害者奨学生願書

年 月 日

(あて先)
横浜市長

志願者氏名 _____

身体障害者奨学生として奨学金の支給を受けたいので、次のとおり願います。

志願者	ふりがな				生年月日		
	氏名				(西暦)	年	月 日
	身体障害者手帳	第	号	障害名			
		年	月 日交付	障害等級	級		
	現住所	〒					
	電話 (志願者に連絡可能な電話番号)	()					
在学学校 ※1	立	校		科	第	学年	
	所在地	〒		入(転)学	(西暦)	年 月	
	電話			卒業予定		年 月	
	(専修学校の専門課程在学の場合のみ) 課程修了に必要な総授業時数					時間	
志願者と生計を同一にする方 ※2	続柄	氏名 (志願者本人を除く)	生年月日 (西暦)	職業 (学生の場合は在学学校の校種 ※3も記入)	収入の有無について、レを記入してください	収入のある場合のみ記入してください ★調査の同意について、レを記入してください	現住所 (志願者と同じ場合は「志願者と同じ」と記載)
		ふりがな	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	➡ <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
		ふりがな	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	➡ <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
		ふりがな	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	➡ <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
		ふりがな	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	➡ <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
		ふりがな	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	➡ <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
★調査の同意について							
私は、志願者の身体障害者奨学金の支給申請の手続きにおいて、自らの市民税の課税状況等を横浜市が調査することに同意します。							
<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません							
(レを記入し、志願者の氏名欄に記名してください。)							
志願者の氏名 _____							
私は、上記すべての未成年者 (20歳未満) の同意・不同意の意向について、同意します。							
(上記の同意・不同意者に未成年者がいる場合は、親権者等 (法定代理人) による本欄への記名が必要です。)							
親権者等の氏名 _____							

※1：在学する学校が専修学校である場合は、高等課程、専門課程及びその他のいずれかを記入してください。

※2：「生計を同一にする方」は、同居か別居かは問わず、**志願者**と生計を同一にしている方すべてを記載してください。本欄に入りきらない場合は、別紙によりご提出ください。

※3：**在学学校の校種**は次のとおりです。
 小学校、中学校、高等学校、高等専門学校、専修学校（高等課程）、専修学校（専門課程）、短期大学、大学、大学院
 （科目履修生・聴講生・研究生、専修学校【一般課程】、各種学校【予備校・職業訓練校・農業大学校等】は除きます。）

参 考 事 項	本奨学金を希望する理由		
	志願者の履歴	(中学校等に入学以降の学歴・職歴等)	
	授業料等納付金 (年額見込み)	円	
	本奨学金の 受給希望額	月額希望額（規則第3条第1項で定める上限額以内）	円
		4月加算希望額（規則第3条第2項で定める上限額（5,000円）以内）	円