

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、次のとおり願ひ出ます。

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	生年月日 (西暦)	現住所 (志願者と同じ場合は「志願者と同」と記載を)	職業 (所得がある場合は右欄も必要)	<所得がある場合> ★調査の同意について、レを記入してください(氏名欄に本人自署でない場合は、押印)
		ふりがな	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません (印)
		ふりがな	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません (印)
		ふりがな	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません (印)
		ふりがな	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません (印)
		ふりがな	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません (印)
★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。(志願者自署でない場合は、押印))						
志願者の氏名 _____ (印)						
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。)						
(親権者等自署でない場合は、押印) _____ 親権者等の氏名 _____ (印)						

※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。

参 考 事 項	本奨学金の受給を希望する理由		
	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