第１号様式（第３条第１項）

**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、次のとおり願い出ます。

次ページに注釈（※１、※２、※３）の説明あり

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **志願者** | ふりがな |  | 生年月日（西暦）　 　　　　年　　　　月　　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 身体障害者手帳 | 　　　 第 　　 　　　号　　　 年　　 月 　 日交付 | 障害名 |  |
| 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 |
| 所在地電 話 | 〒 | 入(転)学卒業予定 | （西暦）　　　年　　月　　　　　　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」と記載)** |
|  | ふりがな | 年 　月 　日 |  | □ 有□ 無➡ | □ 同意します□ 同意しません |  |
|  |
|  | ふりがな | 年 　月 　日 |  | □ 有□ 無➡ | □ 同意します□ 同意しません |  |
|  |
|  | ふりがな | 年 　月 　日 |  | □ 有□ 無➡ | □ 同意します□ 同意しません |  |
|  |
|  | ふりがな | 年 　月 　日 |  | □ 有□ 無➡ | □ 同意します□ 同意しません |  |
|  |
|  | ふりがな | 年 　月 　日 |  | □ 有□ 無 | □ 同意します□ 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。□ 同意します　　　 　□ 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 |