

様式第 1 号（第 6 条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金交付申請書

申請日 年 月 日

美郷町長 様

(申請者)

住所

氏名 印

対象児との続柄 ()

電話

下記のとおり軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金の交付申請をいたします。
なお、購入費等助成金の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況、その他について、貴職が関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

対象児	住 所					
	フリガナ					
	氏 名					
	生 年 月 日		性 別			
購入・修理を希望する補聴器の種類						
希望する補聴器販売業者名	名 称					
	所 在 地					
	電 話					
見積額			寄附金その他収入額			
円			円			
身体障害者手帳の申請の有無		有 ・ 無				
直近 5 年間の補聴器の購入（修理）状況		右（有・無） 令和 年 月 日購入（購入・修理） 令和 年 月 日購入（購入・修理） 左（有・無） 令和 年 月 日購入（購入・修理） 令和 年 月 日購入（購入・修理）				
備考						