

子どもの補聴器購入費助成金交付申請書

申請日					年	月	日
(あて先) 東川町長 菊 地 伸 様							
(申請者)							
住 所							
氏 名							
対象児童との続柄							
電話番号							
下記のとおりに助成金の交付を申請します。							
助成金交付の審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。							
対象児童	住	所					
	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名						
購入を希望する補聴器の種類		別紙意見書（様式第 2 号）のとおりに					
購入予定の補聴器業者		名称： 所在地： 電話番号：					
身体障害者手帳の申請の有無		有 ・ 無					
世帯の状況		1 同一世帯に市町村民税所得割額が 46 万円以上の方がいる世帯 2 上記 1 以外の世帯					
備 考							