

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		
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			