

様式第1号

補聴器費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日					
大樹町長 様					
(申請者)					
住 所					
氏 名					
印					
対象児との続柄					
電 話					
<p>下記のとおり補聴器費の支給申請（購入・修理）をいたします。</p> <p>補聴器費の支給申請（購入・修理）の決定のため、私ども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。</p>					
対象児	フリガナ 氏 名				性 別
	生年月日	年 月 日 (歳)	学校名		
補聴器種別		高度難聴用	型 式	1 ポケット型 2 耳かけ型	
付 属 品		イヤーマールド	有・無		
修 理 部 位					
希望する業者	名 称				
	所在地				
	電 話				
訓練状況等					

※大樹町処理確認欄

世帯区分	1 生活保護世帯	2 町民税非課税世帯	3 町民税課税世帯
確認日	年 月 日	決定の可否	1 決定 2 却下