

様式第1号（第8条関係）

会津坂下町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成申請書

年 月 日

会津坂下町長 様

下記のとおり補聴器購入費の助成を申請します。

購入費の助成申請の決定に際して必要があるときは、私の世帯に係る市町村民税課税台帳その他所得状況を確認できる書類を閲覧する等の調査を行うことに同意します。

申請者 (保護者)	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号	印	助成対象児との続柄	
	居住地	〒 電話番号			
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	助成対象児氏名	個人番号			
	助成対象児住所	〒 電話番号			
	購入を希望する補聴器の種類	別添軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書のとおり（様式第2号）			
	希望する補聴器業者	名称： 所在地： 電話番号： FAX：			
	身体障害者手帳の申請の有・無	有（ 県 第 号 / 障害名 ） ・ 無 ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めることがあります。			
	世帯の状況	1 同一世帯に市町村民税所得割額46万円以上の方がいる世帯 2 上記1以外の世帯			
最近5年間の補聴器購入状況	左（購入：有・無）	年 月 日 購入			
	右（購入：有・無）	年 月 日 購入			
	<input type="checkbox"/> 自費購入 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業による給付				
	備考				