

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成申請書

年 月 日

豊川市長 様

申請者 居住地

氏 名

生年月日 年 月 日

(電話 ー)

下記のとおり、補聴器購入費用等の助成を申請します。

なお、助成申請に係る審査のため、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	ふりがな		申請者 との続柄	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女
	居住地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (電話 ー)		
申請内容	区分	<input type="checkbox"/> 新規購入 <input type="checkbox"/> 再購入 (前回の支給 年 月 日) <input type="checkbox"/> 修理		
	補聴器の種類	高度難聴用耳掛け型 / その他 ()		
	装用	<input type="checkbox"/> 片耳 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 両耳		
補聴器業者名				
該当する所得区分		<input type="checkbox"/> 右記以外 <input type="checkbox"/> 市民税所得割46万円以上		
添付書類		<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> その他 ()		

確認者