軽度・中等度難聴児補聴器購入費等支給申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 川 北 町 長

住 所

氏 名

個人番号

(対象者との続柄:)

電話番号

下記のとおり、軽度・中等度難聴児補聴器購入費等の支給申請をいたします。
補聴器購入費等の申請決定のため、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 者	住 所					
	フリガナ 氏 名	(個人番号)				
	生年月日	年	月	日	性 別	電 話
保 護 者	フリガナ 氏 名	(個人番号)			続 柄	
購入・修理を受ける補聴器名					購 入 修 理 (どちらかに○)	購 入 修 理
希 望 す る 補 装 具 者 業	名 称					
	所 在 地					
	電 話			担 当 者		
該 当 す る 所 得 区 分	生 活 保 護 ・ 非 課 税 世 帯 ・ 一 般 ・ 一 定 所 得 以 上					
生活保護への移行予防措置に関する認定		☐ 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。				