

様式第1号（第6条関係）

江差町軽・中等度難聴児補聴器購入費等助成金交付申請書

平成 年 月 日

江 差 町 長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

児童との続柄 ( )

電話番号 ( ) -

次のとおり、江差町軽・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、（購入・修理）費用助成金の交付を申請します。

助成金の交付決定のために、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他資料について、江差町が各関係機関に照会し、調査・閲覧することを承諾します。

児 童 氏 名		生年月日	平成 年 月 日
住 所	※申請者の住所と同じ場合は記入不要		年齢 歳
保 護 者 氏 名		児童との続柄	
補 聴 器 の 種 類	<input type="checkbox"/> ポケット型補聴器 <input type="checkbox"/> 耳かけ型補聴器 <input type="checkbox"/> 耳あな型補聴器 <input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型補聴器 <input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型補聴器 <input type="checkbox"/> 上記以外( )		
希望する補聴器取扱業者名称			
身体障害者手帳	有 ・ 無		
備 考			