別記第１号様式(第４条関係)

補聴器費(購入・修理)支給申請書

年　　月　　日

士幌町長　様

(申請者)
住　所
氏　名
対象者との続柄
電　話

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。
補聴器費の支給申請（購入・修理）の決定のため、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。

対象児童	住　所				
	フリガナ 氏　名				
	生年月日	年　月　日	電　話		
聴覚障がいに係る身体障害者手帳の有無 □無　□有⇒	手帳番号	第　号	交付年月日	年　月　日	
	障害種別		障害等級		
購入又は修理を希望する補聴器の種類					
希望する補聴器販売店	名　称				
	所在地				
	電　話		ファックス		
該当する所得区分	□生活保護世帯　□市町村民税非課税世帯 □市町村民税課税世帯　□一定所得以上				
過去５年間の補聴器購入暦 □無　□有⇒	右耳（　年　月　日購入⇒□自費購入　□本事業で購入　□その他 左耳（　年　月　日購入⇒□自費購入　□本事業で購入　□その他				
助成金の受領方法	□償還払い　□補聴器販売店への受領委任				