

軽度・中等度難聴児補聴器購入費 (購入・修理) 支給申請書

申請日 年 月 日

(あて先)

伊仙町長

申請者住所

申請者氏名

印

個人番号

対象者との続柄

電話

下記のとおり補聴器購入費の支給申請 (購入・修理) をいたします。

補聴器購入費の支給申請 (購入・修理) 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。 印

対 象 者	住 所					
	フリガナ					
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	性 別	電 話
	個人番号					
購入・修理を受ける 補聴器名						
希 望 す る 補 聴 器 業 者	名 称					
	所 在 地					
	電 話				F A X	
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上				
世帯判定の特例に 関する認定		<input type="checkbox"/> 下記のいずれにも当てはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、対象児及びその扶養義務者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟等が対象児を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において同一の世帯に属する親、兄弟等の被扶養者となっていない。				
生活保護への移行予防 措置に関する認定		<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防 (定率負担軽減措置) を希望します。				