

様式第1号

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等（購入・修理）給付申請書

申請日 年 月 日

（宛先）小牧市長

（申請者）※給付対象となる児童の保護者

住所	
氏名	印 給付対象者との続柄（ ）
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給付申請をいたします。
本申請の決定のため、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。

記

対象者	住所	□申請者と同じ					
	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	□男 □女	
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	別添見積書のとおり					
	電話		FAX				
該当する所得区分		□生活保護 □低所得 □一般 □一定所得以上					