

様式第1号（第5条関係）

京田辺市子どもの聞こえ支援事業（補聴器購入等助成）申請書

年 月 日

（あて先）京田辺市長

（申請者）

住所

氏名

㊦

対象となる児童との続柄

電話番号

下記のとおり、京田辺市子どもの聞こえ支援事業実施要綱第5条第1項に基づき、（購入・修理）費用の助成を申請します。

助成の決定のために、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他資料について、市が各関係機関に照会し、また調査を依頼することを承諾します。

対象となる児童氏名		生年月日	
住所	京田辺市		
保護者氏名		対象となる児童との続柄	
補聴器の種類	<input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型補聴器 <input type="checkbox"/> 高度難聴用耳掛け型補聴器 <input type="checkbox"/> 上記以外		
希望する補聴器取扱業者名			
身体障害者手帳の有無	有 ・ 無		
該当する所得区分	生活保護等・市町村民税非課税・一般・一定所得以上		
備考			