

大垣市難聴児補聴器購入費等助成申請書

年 月 日

大 垣 市 長 様

(申請者)

住 所

氏 名 ㊦

(児童との続柄)

電 話

次のとおり、大垣市難聴児補聴器購入費等助成事業実施要綱第6条に基づき、難聴児補聴器購入費等の助成申請をいたします。また、補聴器購入費等の助成申請の決定のため、世帯の住民登録資料、税務資料その他の資料について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

なお、難聴児補聴器購入費等の助成にあつては、自己負担額を除く金額の請求及び受領に関し、補装具業者に委任します。

児 童 氏 名		児 童 生 年 月 日	年 月 日
児 童 住 所			
保 護 者 氏 名		児 童 と の 続 柄	
助 成 区 分	新規購入 ・ 更新 ・ 修繕		
補 聴 器 の 種 類			
希 望 す る 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 ・ 市民税非課税 ・ 一 般 ・ 一定所得以上		
備 考			

注意

- (1) 申請に当たっては、大垣市難聴児補聴器購入費助成意見書、業者の見積書、税務情報の閲覧について対象児の属する世帯全員の同意のあることを証する書類を添付してください。
- (2) 該当する所得区分の欄において、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている世帯については、生活保護の区分となります。

大垣市難聴児補聴器購入費等助成事業の申請に係る税務情報利用同意書

平成 年 月 日

大垣市長 様

私は、大垣市難聴児補聴器購入費等助成事業には所得制限があることを承知しており、大垣市障がい福祉課職員が受給資格の認定にあたり、私に関する税務情報を利用することについて同意します。

大垣市難聴児補聴器購入費等助成事業の申請にあたり、税務情報を利用することに同意する者

対象児童	住 所 : 大垣市 氏 名 : ㊞
扶養義務者 (※)	住 所 : 大垣市 氏 名 : ㊞ (続柄)
	住 所 : 大垣市 氏 名 : ㊞ (続柄)
	住 所 : 大垣市 氏 名 : ㊞ (続柄)
	住 所 : 大垣市 氏 名 : ㊞ (続柄)
	住 所 : 大垣市 氏 名 : ㊞ (続柄)
	住 所 : 大垣市 氏 名 : ㊞ (続柄)
	住 所 : 大垣市 氏 名 : ㊞ (続柄)

※保護者、住民票の同一世帯の方全員住所・氏名を記入してください(18歳未満の児童・生徒は記入不要です)。