

別記様式第1号（第6条関係）

浜中町難聴児及び難聴者補聴器購入費等助成交付申請書（購入・修理）

年 月 日

浜中町長 様

申請者 住所
氏名
対象者との続柄
電話番号

浜中町難聴児及び難聴者補聴器購入費等助成の申請をします。

また、浜中町難聴児及び難聴者補聴器購入費等助成の決定のため、私の世帯の住民基本台帳、税務資料について、各関係機関において調査、照会、閲覧することを承諾するとともに、決定内容について次の補聴器業者へ通知することに同意します。

対象者 (児)	住所					
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日		性別		電話	
保護者氏名					対象者との続柄	

購入または修理を希望する補聴器の種類			
購入または修理を希望する業者	名称		
	所在地		
	電話		

身体障害者 手帳の有無	手帳 無 ・ 有	手帳番号	第	号
	障がい名		障害等級 () 級	
過去5年の 補聴器購入歴	補聴器 無 ・ 有			
	右耳 <input type="checkbox"/> (年 月 日購入⇒ <input type="checkbox"/> 自費購入 <input type="checkbox"/> 難聴者給付事業で購入 <input type="checkbox"/> その他)			
	左耳 <input type="checkbox"/> (年 月 日購入⇒ <input type="checkbox"/> 自費購入 <input type="checkbox"/> 難聴者給付事業で購入 <input type="checkbox"/> その他)			
※該当する所得区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 一定所得以上			

※所得区分

- (1) 生活保護世帯：生活保護受給世帯（単給世帯も含む）又は「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」による支援給付受給世帯
- (2) 市町村民税非課税世帯：世帯全員の市町村民税が非課税である世帯
- (3) 一般世帯：世帯員のうち、市町村民税が課税されている者がいる世帯
- (4) 一定所得以上：市町村民税課税世帯のうち、市町村民税所得割の額が46万円以上の者がいる世帯
- (5) 世帯の範囲は、18歳未満の対象者は、その保護者が属する住民基本台帳上の世帯員全員とし、18歳以上の対象者は、本人及び同一世帯に属する配偶者となります。