

## 日常生活用具費助成申請書（人工内耳用電池用）

年 月 日

（あて先）浜松市長

申請者（本人または保護者）

郵便番号（〒 \_\_\_\_\_）

住 所 浜松市 \_\_\_\_\_

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

（対象者との続柄） \_\_\_\_\_

電話番号（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

下記により日常生活用具（人工内耳用電池）費の助成を申請します。

対 象 者	ふりがな		<input type="checkbox"/> 18歳未満 <input type="checkbox"/> 18歳以上
	氏 名		生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
	身体障害者 手帳番号	静岡県 浜松市 第 _____ 号 ( _____ )	_____ 年 _____ 月 _____ 日交付
	障 害 名	<input type="checkbox"/> 聴覚障害	
給付を受けたい 日常生活用具の 名 称		<input type="checkbox"/> 人工内耳用電池	
希望する業者名			
希望する方法		<input type="checkbox"/> _____月まで継続して申請。    ( _____ 月から) <input type="checkbox"/> 必要になった場合に随時申請。    ( _____ 月分)	
承 諾		日常生活用具費助成決定のため、私の世帯の住民登録情報、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。  _____ 年 _____ 月 _____ 日    氏名 _____ (印)	

審 査 欄	所得区分	非課税   課税   生保
	交付履歴	新規   再交付
	判定場所	_____ 区
	その他	
	交付決定番号	