

沼田町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成申請書

年 月 日

沼田町長 様

住所
申請者 氏名
対象児童との続柄（ ）
電話 （ ）

沼田町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成を利用したく下記のとおり申請します。
補聴器の助成申請（購入費・修理費）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。

対象児	住所			
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
受診予定の 耳鼻咽喉科	名称			
	所在地			
	電話番号			
購入・修理を受ける 補聴器名				
希望する 補聴器販売 業者	名称			
	所在地			
	電話番号		F A X	
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上		
備考				