

様式第1号（第5条関係）

鴻巣市難聴者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 鴻巣市長

住 所
氏 名
申請者 対象者との続柄 ()
電話番号

対 象 者	住 所	鴻巣市		
	フリガナ	-----		
	氏 名	-----		
	生年月日	年 月 日	電話番号	
希望補聴器 (医療機器)		<input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<p>上記のとおり補聴器購入費助成金の交付申請をします。 購入費助成金の交付審査に当たり、私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、関係機関に調査、照会及び閲覧することを承諾します。</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>				

添付書類 鴻巣市難聴者補聴器購入費助成金交付意見書（様式第2号）

----- 以下の欄は記入しないでください。 -----

受理日	年 月 日		調査日	年 月 日
世帯員氏名	続柄	市町村民税額所得割(年度)		備 考
審 査	<input type="checkbox"/> 18歳以上64歳以下 <input type="checkbox"/> 市税滞納なし <input type="checkbox"/> 新規又は5年更新			
	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 市税滞納なし <input type="checkbox"/> 新規又は5年更新			
審査結果	<input type="checkbox"/> 資格あり <input type="checkbox"/> 資格なし ()			