

第1号様式（第6条関係）

函館市軽度中等度難聴児補聴器購入等助成金交付申請書

年 月 日

函館市長 様

住所
氏名
申請者 対象児童との続柄
電話

下記のとおり補聴器購入・修理費の助成を申請します。

対象児童	住所	函館市 町 丁目 番 号					
	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	年 月 日					
補聴器	種別	購入・修理					
	種類						
	個数	個（右・左・両耳）					
	金額	円					
	購入又は修理業者	名称					
		所在地					
電話							
過去5年間の補聴器購入・修理状況	右耳	無・有（ <input type="checkbox"/> 自費	年 月 日 購入・修理	<input type="checkbox"/> 函館市軽度中等度難聴児補聴器購入等助成			
	左耳	無・有（ <input type="checkbox"/> 自費	年 月 日 購入・修理	<input type="checkbox"/> 函館市軽度中等度難聴児補聴器購入等助成			
口座振込依頼	金融機関名						
	支店名						
	預金種別	1 普通 2 当座					
	口座番号						(右詰で記入願います)
	フリガナ						
	口座名義人						
この申請に係る決定のため、函館市が、私および私の世帯に属する者の収入および課税の状況について調査することに同意します。							
氏名			印				