

第1号様式（第5条関係）

軽・中等度難聴者補聴器購入費助成金交付申請書

令和 年 月 日

（宛先）上越市長

申請者 住所
 氏名
 個人番号
 対象児との続柄
 電話番号

次のとおり軽・中等度難聴者補聴器購入費助成金の交付を申請します。
 助成金の交付の決定のため、私の世帯の住民登録状況、課税状況、補聴器の購入状況について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

助成対象者	住 所	〒		
	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
購入を希望する補聴器の種類				
購入を希望する業者名	名 称			
	所 在 地			
	電話番号			
身体障害者手帳の申請の有無		有 ・ 無		
最近5年間の補聴器の購入状況		右（有・無） 年 月 日購入 左（有・無） 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 軽・中等度難聴者補聴器購入費助成事業による交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の交付 <input type="checkbox"/> 医師の診断に基づくもの		
世 帯 区 分		生活保護世帯 ・ 市民税非課税世帯 ・ 市民税課税世帯		
備 考				

所得額等調査承諾書及び個人番号告知

上越市軽・中等度難聴者補聴器助成に係る令和 年分所得について、福祉課での私の世帯全員の課税台帳を閲覧（確認）することを承諾し、また、扶養義務者の個人番号を告知します。

令和 年 月 日

住所 上越市

氏名 _____

(署名又は記名押印)

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

(宛先) 上 越 市 長

※記載された個人情報は、上越市軽・中等度難聴者補聴器助成事業に関する業務以外には使用しません。