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□　軽・中等度難聴者補聴器購入費助成事業による交付□　障害者総合支援法に基づく補聴器の交付□　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。