様式第１号（第４条関係）　軽度・中等度難聴児補聴器購入費等（購入・修理）支給申請書

年　　月　　日

帯広市長様

住　所　帯広市

申請者　氏　名

個人番号　　－　　－

生年月日　　年　　月　　日

電　話　（　　）

下記のとおり補聴器費の支給申請（購入・修理）をいたします。なお補聴器費の支給申請（購入・修理）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。

児童氏名	住　所	帯広市		
	フリガナ 氏　名		生年月日	年　月　日
	個人番号	－　　－	年　齢	
	障害名			
購入・修理を受ける補聴器	□　ポケット型 □　耳かけ型 □　その他（　　）			
希望する補聴器購入業者名	名　称			
	所在地			
	電　話		FAX	
世帯範囲の特例に関する認定	□　下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 １．税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 ２．健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。			
生活保護移行予防措置の認定	□　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。			

※審査欄

	所得区分	要件
所得審査	□　生活保護	生活保護世帯
	□　低所得１	市民税非課税世帯であって合計所得金額80万円以下
	□　低所得２	市民税非課税世帯で上記以外
	□　一般（市民税のみ課税）	市民税課税世帯であって所得税非課税世帯（独自軽減該当）
	□　一般（それ以外）	市民税課税世帯で上記以外
	□　一般２（その他）	市民税所得税割46万円以上

※審査後

利用者負担割合	利用者負担上限額
%	円

受付