

軽度・中等度難聴児補聴器購入費支給調査書

申請年月日		年 月 日		申請者氏名			
対象児童		住 所	帯広市				
		氏 名				電 話	
		生年月日	年 月 日生（ 歳）				
世帯員全員の状況	氏 名	生年月日	年齢	課税区分	市民税所得割	備 考	
					円		
					円		
					円		
					円		
					円		
					円		
					円		
※ 世帯区分					※月額負担上限 円		
※ 補聴器名							
※ 基準額		円			※見積額	円	
※ 利用者負担額		円			※公費負担額	円	

※印の欄については、記入の必要はありません。

<p>帯広市長様</p> <p>上記のとおり確認しました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">帯広市</p> <p style="text-align: center;">担当者職氏名</p>
