

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

（あて先）松江市長

住所

申請者 氏名

電話番号

### 松江市軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成申請書

補聴器購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。なお、この申請に係る内容の審査に際して、世帯の住民登録状況、税務情報、身体障がい者手帳の取得状況、補聴器の購入状況等について、市が関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

#### 記

対象者	フリガナ		
	氏名		
	住所	〒	
	生年月日	年	月 日（ 歳）
要件等	身体障がい者手帳（聴覚）	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
	住民税非課税世帯又は生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
	購入予定補聴器販売業者		