

人工内耳装置等購入費助成申請書

福津市長殿

申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者住所 福津市 _____

申請者氏名 _____

(対象者との続柄 _____)

連絡先 _____

下記のとおり人工内耳装置等の購入費助成の申請をいたします。

購入費助成の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、その他必要な資料について、各関係機関に調査、照会を行うこと、若しくは資料等を閲覧することを承諾します。

※対象が障がい者の場合は本人又はその配偶者、対象が障がい児の場合は同一世帯員のうち、市民税所得割の最多納税者の納税額が46万円以上の場合は助成対象外となります。

対象者	住所	福津市				
	フリガナ				性別	男 ・ 女
	氏名				性別	男 ・ 女
	個人番号					
	生年月日	年	月	日	連絡先	
	手帳内容	手帳番号	福岡県・() 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県(市)第 _____ 号			
	交付年月日	年	月	日	等級 _____ 級	
	障がい名					
対象となる事項 (要綱第3条) ※該当項目に✓	<input type="checkbox"/> 福津市に住所を有する <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けている <input type="checkbox"/> 人工内耳体外機等が故障し、取扱業者から修理不能と判断されている <input type="checkbox"/> 他法及び他制度での助成要件に該当しない <input type="checkbox"/> 取扱業者等からの借用及び予備の機器の使用等ができない					
購入希望品 (品目に○つける)	人工内耳用音声信号処理装置 ・ マイクロホン ・ 送信コイル 送信ケーブル ・ マグネット ・ 接続ケーブル					
見積金額	円					
購入予定業者名						