様式第６号（第１４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 橿原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費用助成事業支給券 | | | | | | | | | | | |
| 交付番号 | | | 第　　　　　　　　号 | | | | 交付年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 助成対象児氏名 | | |  | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日生 | |
| 住所 | | |  | | | | | | | | |
| 申請者（保護者）氏名 | | |  | | | | 続柄 | | |  | |
| 補聴器本体及び付属品の種類 | | |  | | | | | | | | |
| 補聴器販売業者 | 名称 | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | |
| 電話 | |  | | | | | | | | |
| 基準額 | | | | | 補聴器購入費 | 自己負担額 | | | | | 公費負担額 |
| 円 | | | | | 円 | 円 | | | | | 円 |
| 上記のとおり決定する。    　　　　　　年　　　月　　　日  橿原市福祉事務所長　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | |
| 受　領 | | 受　領  年月日 | | 年 月 日 | | | | 受領者  氏　名 |  | | |