様式第５号（第８条関係）

小野町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成券

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給番号 |  | | | | 交付決定日 | |  | |
| 助成対象児氏名 |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 助成対象児住所 |  | | | | | | | |
| 申請者（保護者）氏名 |  | | | | | 助成対象児  との続柄 | |  |
| 助成対象となる  補聴器 | (補聴器の種類） | | | | | | | |
| 補聴器業者 | 名　称 | | |  | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | |
| 電　話 | | |  | | | | |
| 見積額 | | | 基準額 | | 助成額 | | | 自己負担額 |
| 円 | | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 上記のとおり決定する。  年　　月　　日  小野町長　　　印 | | | | | | | | |
| 補聴器の受領 | | 受領年月日　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 受領者（保護者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  （助成対象児との続柄　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |