（様式第1号）（第2条関係）

|  |
| --- |
| 椎葉村聴覚障害者等携帯電話料金助成申請書　　　　　年　　月　　日椎葉村長　殿住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　椎葉村大字　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞ＴＥＬ　　　（　　） |
| 対象者 | （フリガナ）氏名 | 男女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 東臼杵郡椎葉村大字 |
| 聴覚障害 | 　　　　級 | 喪失機能 |  |
| 月額基本料金 | 控除額の内訳 | 交付申請額 |
| 身体障害者としての減免 | その他控除額 | 控除額計 |
|  |  |  |  |  |
| 金融機関名 | 口座番号 | 口座番号名義 |
|  |  |  |

「注」下欄の太線枠内は記入しないこと。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給資格適否 | 備考 | 受付 | 　年　　　月　　　日 |
| 番号 |  |
| 適　・　否 |  | 決定 | 　年　　　月　　　日 |
| 通知 | 　年　　　月　　　日 |
| 身体障害手帳 | 第　　　　　級 | 手帳番号 |  |

基本料金確認書類添付欄