（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認定申請書

　　　　　年　　月　　日

椎葉村長　殿

　　　　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 |
| 聴覚障害の喪失 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　級 |
| 音声機能の喪失 | 有　　　　　　　無 |
| 言語機能の喪失 | 有　　　　　　　無 |
| そしゃく機能 | 有　　　　　　　無 |
| 携帯電話会社 |  |
| 携帯電話番号 |  |
| 主な利用目的 |  |
| 月額基本料金 | 　　　　　　　　円 |
| 助成対象金額 | 　　　　　　　　円 |

「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 |  |