様式第４号（第６条関係）

番　　　　　号

年　　月　　日

八頭町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成金交付判定依頼書

　（東・中・西）部身体障害者更生相談所長　様

八頭町長　　　　　印

　　年　　月　　日付けで申請のあった下記の児童について、八頭町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業実施要綱第６条第２項の規定により下記のとおり判定を依頼します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）対象児童名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日生（　　歳） |
| 住　　所 |  |
| 判定依頼事項 | 　　対象児童に対する申請補聴器の適・否 |
| 備　　考 | 　 |