様式第５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書

　八頭町長　様

（東・中・西）部身体障害者更生相談所長　印

　年　　月　　日付けで依頼のあったこのことについて、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しましたので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）対象児童名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日生（　　歳） |
| 住　　所 |  |
| 総合判定 | 　　適　・　否　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 |  |
| 備　　考 | 　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。 |