様式第７－１号（第9条関係）

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請求書

　八頭町長　様

（請求者）

住所

氏名

対象児との続柄（　　　　　　）

　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9条1項の規定により下記のとおり請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象児童名 |  |
| 請求金額（公費負担額） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 補聴器購入、修理費又は再購入年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 交付番号 | 第　　　　　　　号 |
| 添付書類 | ・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決定通知書の写し・領収書の写し |