様式第８号（第10条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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支給券 | | | | | | | | | | |
| 支給番号 | | | 第　　　　　　　号 | | | | 支給決定日 | |  | |
| 氏名 | | |  | | | | 生年月日 | |  | |
| 居住地 | | |  | | | | | | | |
| 保護者氏名 | | |  | | | | 続柄 | |  | |
| 補聴器の種類 | | |  | | | | | | | |
| 処方又は修理部位 | | |  | | | | | | | |
| 補聴器専門店 | 名称 | |  | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | |
| 電話 | |  | | | | | | | |
| 基準額 | | | | 見積額 | | 自己負担額 | | | | 公費負担額 |
| 円 | | | | 円 | | 円 | | | | 円 |
| 上記のとおり決定する。    　　　年　　月　　日  市町村長 | | | | | | | | | | |
| 受　領 | | 受　領  年月日 | | 年　月　日 | 受領者  氏　名 | | | 印 | | |

＊この様式により難い場合は、この様式に準じた別の様式を使用することができる。