様式第4号（第8条関係）

|  |
| --- |
| 聴覚障がい児への補聴援助システム購入助成事業支給券 |
| 支給番号 | 第　　　　　　　号 | 支給決定日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　所 |  |
| 保護者氏名 |  | 続柄 |  |
| 補聴援助システムの名称等 |  |
| 補聴器専門店 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話 |  |
| 上限額 | 見積額 | 自己負担額購入費又は上限額のいずれか低い額の１／３ | 公費負担額 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| 上記のとおり決定する。年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　八頭町長 |
| 受　領 | 受　領年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 受領者氏　名 |  |