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 |  | | |