

函館市軽度中等度難聴児補聴器購入等助成金交付申請書

年 月 日

函館市長 様

住所
氏名
申請者 対象児童との続柄
電話

下記のとおり補聴器購入・修理費の助成を申請します。

対象児童	住所	函館市 町 丁目 番 号						
	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	年 月 日						
補聴器	種別	購入・修理						
	種類							
	個数	個（右・左・両耳）						
	金額	円						
	購入又は修理業者	名称						
		所在地						
電話								
過去5年間の補聴器購入・修理状況	右耳	無・有（ <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 函館市軽度中等度難聴児補聴器購入等助成	年	月	日	購入・修理		
	左耳	無・有（ <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 函館市軽度中等度難聴児補聴器購入等助成	年	月	日	購入・修理		
口座振込依頼	金融機関名							
	支店名							
	預金種別	1 普通 2 当座						
	口座番号						(右詰で記入願います)	
	フリガナ							
	口座名義人							