

音声信号処理装置給付申請書

宇土市長 様		年 月 日	
		(申請者) 住 所 氏 名 対象者との続柄() 電 話	
下記のとおり人工内耳用音声信号処理装置の給付を申請します。			
対 象 者	住 所	〒	
	フリガナ	-----	
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	電 話
身体障害者手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
障 害 種 別		障害等級	級
希 望 す る 業 者	名 称		
	所 在 地		
	電 話	FAX	
該当する所得区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得1 <input type="checkbox"/> 低所得2 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 一定所得以上		
現在装用中の音声信号処理装置について	装用年数	年	
本市に住所を定めた年月日	年 月 日		
非課税収入の有無	<input type="checkbox"/> 有 <div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 5px; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/>障害年金 <input type="checkbox"/>遺族年金 <input type="checkbox"/>特別障害者手当 <input type="checkbox"/>障害児福祉手当 <input type="checkbox"/>経過的福祉手当 <input type="checkbox"/>特別児童扶養手当 </div>	<input type="checkbox"/> 無	
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> <p>下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。</p> <p>1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。</p> <p>2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。</p>		
生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。		
宇土市長 様 人工内耳用音声信号処理装置給付申請の決定のため、私の属する世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 <div style="text-align: right;">申請者氏名</div>			
添付書類 1 身体障害者手帳の写し 2 人工内耳装用者カードの写し 3 音声信号処理装置の見積書			