様式第１号（第５条関係）

能代市人工内耳体外部装置等購入費助成金交付申請書

　　年　　月　　日

（宛先）能代市長

申請者　住所

氏名

電話番号

本人との続柄　（　　　　）

能代市人工内耳体外部装置等購入費助成金の交付を受けたいので、能代市人工内耳体外部装置等購入費助成金交付要綱第５条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

１　助成申請額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

２　本人の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生　（　　　歳） | | | |
| 身体障害者  手帳 | 番号 | 第　　　　　　　　　号 | | |
| 障害名 |  | 等　級 | 級 |
| 交付年月日 |  | | |
| 振込先  金融機関 | 金融機関名 |  | | |
| 口座番号 |  | | |
| 口座名義 |  | | |

３　関係書類

　　領収書、身体障害者手帳の写し、人工内耳装用者カードの写し等

|  |
| --- |
|  |

なお、能代市人工内耳体外部装置等購入費助成金交付の審査に必要な範囲で、世帯に係る市民税所得割の課税状況を調査することに同意します。

同意者（申請者）氏名