

様式第1号(第4条関係)

音声信号処理装置購入費助成申込書

年 月 日

坂井市長 坂本 憲男

住 所  
申込者  
氏 名

坂井市人工内耳用音声信号処理装置購入費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、  
下記のとおり申し込みます。

なお、助成の決定にあたり対象者およびその世帯員の住民基本台帳、課税台帳および  
市税納付状況を調査することに同意します。

対 象 者		生年月日	年 月 日 生
住 所			
保護者氏名(対象者 が18歳未満の場合)			
身体障害者手帳 番号	号	身体障害者手帳 交付年月日	年 月 日
障 害 名		障 害 等 級	級
購入予定製品名		購入予定金額	円
購入を必要とする理由			

※添付する書類 購入先業者の見積書

市記入欄

住基確認		所得割確認	円	滞納確認	
------	--	-------	---	------	--