|  |
| --- |
| **出雲市聴覚障がい者用情報受信装置給付申請書**年　　月　　日出雲市長　　様申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話下記により、聴覚障がい者用情報受信装置の給付を申請します。なお、聴覚障がい者用情報受信装置の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他に収入に関する資料ついて、各関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。 |
| 対　象　者 | 氏名 |  | 男 ・ 女 | 　M・TS・H年　　月　　日生(　 　歳) |
| 住所 |  |
| 身体障がい者手帳 | 　　　　第　　　　　　　号 | 交付年月日 | 年　　月　　日交付 |
| 障がい名 |  | 障がい等級 | 　　　　　種　　　　級 |
| 給付を受けたい用 具 の 名 称 | 聴覚障がい者用情報受信装置 | 型式等 |  |
| 給付を受けたい業者名 |   |
| 前回給付された聴覚障がい者情報受信装置の機種名 |  |