|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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・T  S・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 | | |  | | | |