様式第５号（第６条関係）

MMMM

MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

MMMMMM

中等度以下難聴児補聴器購入費等助成券

助成番号		第　MMMMMMM　号	助成決定日	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
申請者	住　所	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM		
	対象児	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	生年月日	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
	保護者	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	続　　柄	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
申請区分		MMMMMMMMMMMMMMM		
種類、処方等		MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM		
補聴器業者	所在地	〒 MMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM		
	名　称	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	電話番号	MMMMMMMMMMM
基　準　額		MMMMMMMMMMMMMM　円		
申請者負担額		MMMMMMMMMMMMMM　円	助　成　額	MMMMMMMMMMMMMM　円

上記のとおり決定します。

MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

豊田市長
MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

Visual Visual Visual

補聴器の受領及び支払の同意　※保護者が記名してください。
上記の補聴器を受領しましたので、 補聴器購入費等助成額を上記補聴器業者に支払うことに同意します。 年　　月　　日 保護者氏名

※豊田市指定の請求書に、この助成券を添えて助成額を請求してください。なお、「補聴器の受領及び支払の同意欄」に申請者（保護者）の記名がないと無効となりますので、ご注意ください。