

## 人工内耳体外機購入費助成金交付申請書

申請日      年    月    日

佐世保市長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

電 話

対象者との続柄 (            )

下記のとおり人工内耳体外機購入費助成金の交付を申請します。

対象者 (児)	住 所			
	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年	月	日
購入を希望する 体外機の種類等	会社名			
	機種名			
購入を希望する 業者名	名称			
	所在地			
	電話			
見 積 額(A)				円
(A)のうち人工内耳用音 声処理装置購入経費(B)				円
交 付 申 請 額 (下記注意事項を参照のうえ記 入してください)				円
備 考				

※交付申請額は、Bの額が60万円以上の場合40万円となります。60万円未満の場合は、Bの額に3分の2を乗じて得た額(1,000円未満切り捨て)となります。

裏面もあります

