

札幌市子どもの補聴器購入費等助成金交付申請書

地区	No.
----	-----

(宛先) 札幌市長

年 月 日

申請者

住 所
保 護 者
氏 名

(難聴児との続柄)

個人番号

電話番号 FAX

下記のとおり、札幌市子どもの補聴器購入費等助成金の支給申請（購入・修理）をいたします。
また、札幌市子どもの補聴器購入費等助成金（購入・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、
税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾するとともに、決定内容につ
いて補聴器販売店へ通知することに同意します。

難聴児	ふりがな	男	年 月 日生
	氏 名 (個人番号)	女	
	住 所 区	電話	—
	(アパート・マンション名)	号室)	
購入又は修理 を希望する 補聴器の種類			
購入又は修理 を希望する 補聴器販売店	名称		
	所在地		
	電話番号		
聴覚障がいに係る 身体障害者手帳 の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒	手帳番号	第 号	障害等級 級
	交付年月日 (障害名)	年 月 日	
過去5年間の 補聴器購入歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒	右耳 (年 月 日購入⇒ <input type="checkbox"/> 自費購入 <input type="checkbox"/> 子どもの補聴器購入費等助成事業で購入 <input type="checkbox"/> その他)		
	左耳 (年 月 日購入⇒ <input type="checkbox"/> 自費購入 <input type="checkbox"/> 子どもの補聴器購入費等助成事業で購入 <input type="checkbox"/> その他)		
該当する 所得区分*	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 一定所得以上		
助成金の 受領方法	<input type="checkbox"/> 償還払い <input type="checkbox"/> 補聴器販売店へ受領委任		

*所得区分

(1) 生活保護世帯：生活保護受給世帯（単給世帯も含む）又は「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」による支援給付受給世帯

(2) 市民税非課税世帯：世帯員全員が市町村民税が非課税である世帯

(3) 市民税課税世帯：世帯員のうち、市町村民税が課税されている者がいる世帯

(4) 一定所得以上：市町村民税課税世帯のうち、市町村民税所得割の額が46万円以上の者がいる世帯

※ ここでいう世帯とは、保護者が属する住民基本台帳上の世帯をいいます。

※ 裏面も必ずご確認ください。課税状況や課税額に係る申告欄があります。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

様式1

裏面

課税状況・課税額に関する申告					
市町村民税 控除の有無 に関する申告	市町村民税の住宅借入金等特別税額控除の有無について、次のとおり申告します。				
	<input type="checkbox"/> 受けている。		<input type="checkbox"/> 受けていない。		
16歳～18歳の 控除対象扶養 親族に関する 申告	寄付金税額控除の有無について、次のとおり申告します。				
	<input type="checkbox"/> 受けている。		<input type="checkbox"/> 受けていない。		
※ 控除を受けている場合は、「市民税・道民税 特別徴収税額の決定・変更通知書」の写し等、控除額の確認ができる書類を提出してください。					
表面の所得区分が一定所得以上の世帯は、原則助成金支給の対象外となりますが、最多収入の方の親族の扶養状況によっては支給を受けられる場合があります。子どもの補聴器購入費等助成金（購入・修理）を受ける年の前年（助成金の交付申請月が1～6月の場合は前々年）の12月31日時点の年齢が16歳～18歳で、税法上扶養されている親族を以下に記入してください。					
	氏名	難聴児との続柄	生年月日	別居の場合“○”	住所（別居の場合）
1					
2					
3					
4					