

様式第1号(第3条関係)

聴覚障害者等用電話ファックス等付加使用料助成申請書

年 月 日

(あて先) 胎内市長

申請者 住所  
氏名  
電話番号  
対象者との続柄

次のとおり聴覚障害者等用電話ファックス等の付加使用料を助成くださるよう申請  
します。

対	氏 名		生年月日	年 月 日生 歳
	障 害 名		等 級	級
	手帳番号		交 付 年 月 日	年 月 日
象	氏 名		生年月日	年 月 日生 歳
	障 害 名		等 級	級
	手帳番号		交 付 年 月 日	年 月 日
者	電話番号	- -	電話番号 名 義 人	(障害者との続柄)
	希 望	どちらかの□に「レ」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 電話ファックス付加使用料 <input type="checkbox"/> ファックス信号装置付加使用料		