

[서식1]

저소득 어르신 보청기 지원사업 신청서

지원대상자	성명	생년월일			
	주소				
	집전화번호		휴대전화번호		
면 확인사항	보호구분	<input type="checkbox"/> 수급자	<input type="checkbox"/> 차상위계층	청각장애여부	<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 비장애
	기타사항				

저소득 어르신 보청기 지원사업을 아래와 같이 신청합니다.

20 년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

지원대상자와의 관계

전화번호

응진군수 귀하

- 본인은 저소득 어르신 보청기 지원 사업 대상자로 신청하며, 개인정보보호법 제15조제1항의 제3호 규정에 의거하여 본인의 **개인정보**를 제공할 것을 동의합니다. 동의함 동의하지 않음
- 본인은 저소득노인 보청기 지원 사업 대상자로 신청하며, 개인정보보호법 제23조의1 규정에 의거하여 본인의 **민감정보**를 처리할 것을 동의합니다. 동의함 동의하지 않음
- 본인은 저소득 어르신 보청기 지원 사업 대상자로 신청하며, 개인정보보호법 제24조의1 규정에 의거하여 본인의 **고유식별정보**를 처리할 것을 동의합니다. 동의함 동의하지 않음
- 본인은 저소득 어르신 보청기 지원 사업 대상자 적격 여부 확인을 위해 사회복지통합관리망의 본인의 개인정보를 제공할 것을 동의합니다. 동의함 동의하지 않음

위의 사항을 확인합니다.

20 년 월 일

신청자 본인

(서명 또는 인)

응진군수 귀하

첨부서류	1. 청력검사서 1부 2. 의사소견서(진단서) 1부	
------	---------------------------------	--

