

様式第1号 (第5条関係)

軽・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

申請日 平成 年 月 日

(あて先) 村上市長

(申請者)

住所

氏名

印

対象者との続柄 ()

電話

下記のとおり補聴器購入費の交付申請をいたします。

購入費の支給申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

| | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|----|----|
| 助成 対象 児童 | 住所 | | | | | |
| | フリガナ 氏名 | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 電話 |
| | 購入を希望する補聴器の種類 | | | | | |
| 購入を希望する業者名 | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | | | | | |
| | 電話 | | | | | |
| 身体障害者手帳の申請の有・無 | 有・無 ※障害者総合支援法等に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めることがあります。 | | | | | |
| 最近5年間の補聴器の購入状況 | 右(有・無)平成 年 月 日購入 左(有・無)平成 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 軽・中等度難聴児補聴器購入費助成事業による交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| 備考 | | | | | | |