

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						