

## 難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

大崎町長 様

申請日            年        月        日

(申請者)

住 所

氏 名

対象児との続柄 (            )

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。

なお、購入費助成金の決定のため、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、貴職が関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

対象児	住 所			
	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年    月    日	性別	
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			
見積額 (判定補聴器)		見積額 (希望補聴器) ※差額自己負担による機種変更を希望する場合		寄付金 その他収入額
円		円		円
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)            年    月    日購入 左 (有・無)            年    月    日購入 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴児補聴器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				