

軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金交付申請書

年 月 日

酒田市長

宛

(申請者)

住 所

氏 名

Ⓜ

対象者との続柄 ()

電 話

酒田市軽度・中等度難聴児補聴器購入費の助成を受けたいので、酒田市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金交付要綱第 7 条の規定により、下記のとおり補聴器購入費の助成を申請します。

購入費の助成申請の決定に際して必要があるときは、私の世帯に係る市町村民税課税台帳その他所得状況を確認できる書類を閲覧する等の調査を行うことに同意します。

対象者	住 所			
	フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (歳)	電話番号	
購入を希望する補聴器の種類	補聴器の種類			
	装 用 耳	右耳のみ ・ 左耳のみ ・ 両耳		
	イヤモールド	不要 ・ 必要 (右・左・両耳)		
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 購入 左 (有・無) 平成 年 月 購入 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴児補聴器購入補助事業による交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補装具 (補聴器) の支給 <input type="checkbox"/> その他		生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関入院
備 考				