

難聴児補聴器購入費助成申請書

申請日 平成 年 月 日

(あて先)八代市長 中村 博生

申請者は保護者の方の住所・氏名等を記入してください。

(申請者)

住所 八代市松江城町1-25

氏名 八代 太郎

押印

対象児との続柄 (父)

電話 〇〇-〇〇〇〇

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	八代市松江城町1-25			
	フリガナ	ヤツシロ ハナコ			
	氏名	八代 花子			
	生年月日	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日	性別	女	
購入を希望する補聴器の種類	軽度・中等度難聴用耳かけ型			希望補聴器がある場合、判定補聴器の機種名を記入してください。	
購入を希望する業者名	<input checked="" type="checkbox"/> 別紙見積書のとおり				
	名称				
	所在地				
	電話				
両耳の場合は2台分の金額を記入してください。	見積額 (希望補聴器)	52,900 円	※差額自己負担による機種変更希望する場合	— 円	
	その他収入額	— 円		— 円	
身体障害者手帳の申請の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	※障害者自立支援法等に基づく給付決定通知の添付を求めています。			聴覚障がいのある身体障害者手帳をお持ちでなければ「無」に○を付けてください。
最近5年間の補聴器の購入状況	右 (有 <input checked="" type="radio"/> 無)	平成 年 月 日	購入		
	左 (有 <input checked="" type="radio"/> 無)	平成 年 月 日	購入		
	<input type="checkbox"/> 難聴児補聴器購入費助成事業による交付				
	<input type="checkbox"/> 障害者自立支援法に基づき				
	<input type="checkbox"/> その他				
補聴器の試聴	<input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未 (試聴がお済みでない場合は、試聴後の申請となります。)				
備考					

希望補聴器がある場合はこちらに金額を記入してください。両耳の場合は2台分の金額を記入してください。

見積額 (希望補聴器) ※差額自己負担による機種変更希望する場合

聴覚障がいのある身体障害者手帳をお持ちでなければ「無」に○を付けてください。

補聴器の試聴は必ず補聴器販売店で行った上で申請してください。