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申請書

申請日　　年　　月　　日

十日町市長

（申請者）
住　所

氏　名　　印

対象児との続柄（　　）

電　話

次のとおり補聴器購入費の助成を申請します。
助成の申請の審査に当たり、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）　　年　　月　　日購入 左（有・無）　　年　　月　　日購入 ☐ 軽・中等度難聴児補聴器購入費助成事業による交付 ☐ 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給 ☐ その他					
備　考						