

様式第 1 号 (第 5 条関係)

難聴児補聴器購入費助成金交付申請書		
年 月 日		
<p style="text-align: center;">宇土市長 様</p> <p style="text-align: right;">(申請者) 住所 氏名 対象児との続柄 () 電話</p> <p>次のとおり補聴器購入費助成金の交付を申請します。 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必要な事項について、関係機関に調査、照会及び閲覧することを承諾します。</p>		
対象児	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	フリガナ氏名	
	生年月日	年 月 日
購入を希望する補聴器の種類		
購入を希望する補聴器販売事業者名	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	寄附金 その他収入額
円	円	円
身体障害者手帳の申請の有無	<p>有・無</p> <p>※障害者自立支援法に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の交付申請の却下決定通知の添付を求めることがあります。</p>	
最近 5 年間の補聴器の購入状況	<p>右 (有・無) 年 月 日購入</p> <p>左 (有・無) 年 月 日購入</p> <p><input type="checkbox"/> 難聴児補聴器購入費助成事業による交付</p> <p><input type="checkbox"/> 障害者自立支援法に基づく補聴器の支給</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>	
備考		