

難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

申請日 年 月 日

豊後高田市社会福祉課長 様

(申請者)保護者

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	豊後高田市		
	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 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 ※他の法令等の規定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・中度聴覚障がい児支援事業による交付 <input type="checkbox"/> 法令の規定に基づく補聴器の支給(法令名:) <input type="checkbox"/> その他			
備 考				