

難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

西原村長 様 (申請者) 住 所 氏 名 個人番号 対象児との続柄 () 電 話	申請日 年 月 日 印
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			
	フリガナ 氏 名		個人番号	
	生年月日	年 月 日	性別	

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	寄附金 その他収入額
円	円	円

身体障害者手帳の申請の有・無	有・無 ※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ています。
----------------	---

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"/> 難聴児補聴器購入費助成事業による交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他
----------------	--

備 考	
-----	--