

様式第1号(第4条関係)

中等度等難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

申請日 年 月 日

富士川町長 様

(申請者)

居住地 富士川町

〒

TEL

氏名

印

児童氏名

下記により助成金の交付を申請します。

なお、購入費等助成金交付審査のため、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、他市町村など関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

購入等を希望する補聴器の種類	別紙、補聴器交付意見書のとおり(様式第2号)		
購入等を希望する業者名	名称 所在地 電話番号 ※認定補聴器専門店(財団法人テクノエイド協会認定)から選択すること		
交付対象児の扶養義務者名			児童との続柄
身体障害者手帳の申請の有・無	有・無 ※障害者自立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。		
生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関	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"/> 中等度等難聴児補聴器購入費助成金交付 <input type="checkbox"/> 障害者自立支援法に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他
備考			