

軽・中度難聴児補聴器購入費等助成交付申請書

平成 年 月 日					
高砂市長 様 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> (児童の保護者) 住 所 氏 名 ㊟ (児童との続柄) </div>					
下記のとおり軽・中度難聴児補聴器購入費等助成金の交付を申請します。 補聴器購入費等助成申請の交付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 また、交付決定後に市外へ住所を変更した場合は、転出先の市町に交付状況を引き継ぐことを承諾します。					
対象児	住 所				
	フリガナ 氏 名				
	生年月日	年 月 日	性別	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書の添付を求めています。		
購入する補聴器の種類または交換する耳あて等の種類・個数		補聴器	(左・右) 個	耳あて等	イヤホン型 (左・右) 個 耳穴型シェル (左・右) 個
最近5年間における軽・中度難聴児補聴器購入費等助成事業による補聴器購入の有無					有 ・ 無 (有りの場合： 市・町)
耳あて等のみ申請の場合		受診医療機関		医療機関名	
				所在地	
				電話番号	
		利用中の補聴器 種目・型番			
希望する 補聴器販売 事業者	名 称				
	所在地				
	電 話		FAX		
助成券の送付先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> その他			
		その他送付先住所 氏名			

届 出 者	住所			連絡先	
	氏名			対象者との関係	

届出者は、難聴児以外又は難聴児の保護者以外の方が申請する場合にご記入ください。