

## 難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

一関市長 様

(申請者)  
住 所  
氏 名 ㊟

助成対象児童との続柄 ( )

電話番号

補聴器購入費の助成を受けたいので、一関市難聴児補聴器購入助成事業実施要綱第5の規定により、次のとおり申請します。

なお、助成金の交付申請に関する審査のため、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、関係機関に調査、照会及び閲覧することを承諾します。

助成対象児童	住 所					
	フリガナ					
	氏 名					
	生 年 月 日	年	月	日	性別	電話
申 請 区 分	購 入 ・ 更 新 ・ 修 理					
購入等を希望する補聴器の種類						
購入等を希望する者	名 称					
	所 在 地					
	電 話 番 号					
身体障害者手帳の申請の有・無	有・無 ※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律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。					
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						