

大和高田市難聴児補聴器購入助成金交付申請書

大和高田市長 様

申請者（保護者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

助成対象児との続柄 \_\_\_\_\_

電話又はFAX番号 \_\_\_\_\_

大和高田市難聴児補聴器購入助成事業実施要綱第8条の規定により下記のとおり申請します。

記

フリガナ 助成対象児			生年月日	平成 年 月 日生 ( 歳)
住 所				
助成対象児の 扶養義務者			続柄	
購入を希望する 補聴器の種類	別紙、意見書のとおり（様式第2号）			
購入を希望する 業 者 名	名 称 所在地 電話番号	FAX 番号		
身体障害者手帳の 申 請 の 有 無	有（ 年 月申請） ・ 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（障害者総合支援法）に基づ く給付を優先するため、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）平成 年 月 日購入 左（有・無）平成 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 難聴児補聴器購入費助成金交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の給付 <input type="checkbox"/> その他	
備 考				