

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成申請書

年 月 日

千歳市長 様

(保護者)

住 所

フリガナ

氏 名

対象児との続柄 ()

電 話

下記のとおり補聴器購入費等の助成に係る申請をします。

助成の決定にあたり、申請内容を審査するため、世帯全員の住民基本台帳及び地方税の規定に基づく課税台帳等、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。

記

対 象 児	住 所					
	フリガナ 氏 名					
	生年月日	年 月 日生	性別		電話	
購入又は修理を希望する補聴器の種類						
購入又は修理を希望する業者名	名 称					
	所在地					
	電 話					
聴覚障害に係る身体障害者手帳の申請の有・無		有・無 身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めています。				
過去5年間の補聴器の購入歴		右(有・無) 年 月 日購入 左(有・無) 年 月 日購入 ☐ 千歳市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業 ☐ 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に基づく補装具費(補聴器) ☐ その他()				
助成額の受領方法		☐ 償還払い ☐ 補聴器販売業者へ受領委任				
備 考						