

第 1 号様式（第 5 条関係）

軽・中等度難聴児補聴器購入費助成申請書

年 月 日

柏崎市長 様

(申請者)

住 所

氏 名

⑩

個人番号

対象児との続柄 ()

電話番号

下記のとおり、補聴器購入費の助成を申請します。

購入費の助成申請の決定のため、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必要な情報について、各関係機関に調査、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	(個人番号)				
	生年月日	年	月	日	性別	電話番号
購入を希望する補聴器の種類						
購入を希望する業者名	名 称					
	所在地					
	電話番号					
身体障害者手帳の申請の有・無		有・無 ※ 障害者総合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。				
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"/> 軽・中等度難聴児補聴器購入費助成事業による助成 <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						