

年 月 日

東かがわ市難聴児補聴器購入費用助成金交付申請書

東かがわ市長 殿

(申請者)

居住地 東かがわ市

〒 TEL

氏名

児童氏名

下記により、東かがわ市難聴児補聴器購入費用助成金の交付を申請します。
 購入費用助成金の交付審査のため、私の世帯の住所登録資料、補聴器の購入状況について、他市町村など関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

購入等を希望する 補聴器の種類			
購入等を希望する 業者名	名称 所在地 電話番号		
交付対象児の保護 者名			児童との 続 柄
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（旧障害者自立支援法）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） 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用助成金交付 <input type="checkbox"/> 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（旧障害者自立支援法）に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他
備 考			