

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

申請日 年 月 日

佐々町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

対象児との続柄()

電 話

下記のとおり補聴器購入費の交付申請をいたします。

対 象 児	住 所			
	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	
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			
見積額 (判定補聴器)		見 積 額 (希望補聴器) ※差額自己負担による機種変更 を希望する場合		寄 付 金 その他収入額
円		円		円
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 ☐ 難聴児補聴器購入費助成事業による交付 ☐ 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給 ☐ その他		
備 考				

承諾書

軽中度難聴児補聴器購入費助成金交付決定の所得確認、障害者手帳の有無に関し、担当職員が町民税課税台帳等に関する書類を閲覧することについて承諾します。

住所

氏名

印※

※自筆による署名または記名押印のいずれかとする