

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成 交付申請書

申請日 年 月 日

大木町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

対象児との続柄()

電 話

大木町軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業実施要綱第6条の規定により交付申請をします。

なお、購入費助成金の決定のため、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について、貴職が関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

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				
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"/> 軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業による交付 <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					
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師意見書 <input type="checkbox"/> 見積書				