別　記

様式第１号（第６条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 （宛先）白子町長（申請者） 　　　　　　　　　　　　　　　　居住地　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　児童氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記により補聴器購入費助成金の交付を申請します。　　購入費助成金の交付審査のため、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、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 | 軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書のとおり |
| 購入等を希望する業者名 | 名称　所在地　電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |    |  |  |  児童との |  |
|  |  |
|  |  |  続　　柄 |
|  |  |
|  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等の添付を求めることがあります。 |
| 生活状況等 | * 在宅
* 施設
* 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* 軽度･中度難聴児補聴器購入費助成金交付
* 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給
* その他
 |
| 備　　　考 |  |