

様式第1号

軽度中等度難聴児補聴器購入費等助成申請書

申請日 年 月 日

柏市長宛て

(申請者)

住所 柏市 _____

〒 _____ 電話 _____

氏名 _____

児童氏名 _____

下記により補聴器購入費等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、柏市軽度中等度難聴児補聴器購入費等助成規則に基づき、世帯状況、地方税関係情報、補聴器の購入状況その他必要な事項に関して調査を行うことに同意します。

購入等を希望する 補聴器の種類	別紙、補聴器交付意見書のとおり（様式第2号）		
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 扶養義務者名		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書等の添付を求めています。		
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"/> 軽度中等度難聴児補聴器購入費等助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法等に基づく支給 <input type="checkbox"/> その他
備 考			