（別記）

様式第１号（第５条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金交付申請書

申請日　　　　　　年　　月　　日

　廿日市市長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | | | | | 電話番号 | | | |  | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | |
| 居住地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | 続柄 |  |
| 申請に係る児童氏名 | |  | | | | | |
| 次のとおり、助成金の交付を申請します。  助成金交付審査のため、私及び私の世帯員の住民登録資料について、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 | | | | 別紙軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業意見書に記載の補聴器の種類のとおり | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入等を希望する補聴器販売業者名 | | | | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 児童の世帯員  （児童を除く） | | | | 氏名 | | | 住所 | | | | | | 児童との続柄 | | | 生年月日 | | |
|  | | |  | | | | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | | | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | | | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | | | | |  | | |  | | |
| 身体障害者手帳の申請の有・無 | | | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活状況等 | | | | □　在宅  □　施設  □　医療機関  □　その他  （　　　） | | 最近5年間の補聴器の購入状況 | | | 右(有・無)　　　年　　月　　日購入・修理  左(有・無)　　　年　　月　　日購入・修理  □廿日市市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成制度  □障害者総合支援法に基づく補聴器の支給  □その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 備考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請書提出者 | | | | □　申請者本人　　　　　　　□　申請者本人以外（下の欄に記入） | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | 申請者との関係 | | | |  | | | |
| 住所 | | | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とする。