

様式第 1 号

軽・中等度難聴児補聴器購入費助成申請書						
申請日 年 月 日						
湯沢町長 様						
(申請者)						
住 所						
氏 名						
印						
対象者との続柄 ()						
電話番号						
<p>下記のとおり、補聴器購入費の助成の申請をいたします。</p> <p>購入費の助成申請の決定のため、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必要な情報について、各関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。</p>						
対象児	住 所					
	フリガナ					
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	性別	電話
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				
		電話番号				
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 <input type="checkbox"/> 軽・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						