

三宅町難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

三宅町長 様

申請者(保護者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(児童との続柄 \_\_\_\_\_ )

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり、三宅町難聴児補聴器購入費助成金交付要綱第7条に基づき、補聴器購入費等の支給申請をいたします。なお、補聴器購入費等の支給申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、その他資料について、各関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

記

フリガナ 児 童 名			生年月日	年 月 日生
住 所				
フリガナ 保 護 者 名			続柄	
補聴器の種類	種 目			
	装着箇所			
購入を希望する 業 者 名	名 称			
	所 在 地			
	電話番号		FAX番号	
身体障害者 手帳の有無	有 ・ 無 ・ 申請中( 年 月申請) ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)に基づく給付を優先するため、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"/> 難聴児補聴器購入費助成金交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の給付 <input type="checkbox"/> その他	
備 考				

注) 申請に当たっては、難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書、業者の見積書を添付してください。