

難聴児補聴器購入費等助成申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 沼津市長

(申請者)

住 所 _____

〒 _____ TEL _____

氏 名 _____ 印 _____

児童氏名 _____

下記により難聴児補聴器購入費等の助成を申請します。
 購入費等助成決定審査のため、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、各関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

購入等を希望する 補聴器等の種類	別紙、難聴児補聴器購入費等助成意見書のとおり（別紙）		
購入等を希望 する業者名	名称 所在地 電話番号		
助成対象児の 扶養義務者氏名		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 通知の添付を求めることがあります。		
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"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他
備 考			