様式第1号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 難聴児補聴器購入費等助成金交付申請書 | | | | | | | |
| 年　　月　　日  　瀬戸内市長　　　　　　　　　　様  申請者  住所  氏名　　　　　　　　　　印  TEL  　次のとおり瀬戸内市難聴児補聴器購入費等助成金交付要綱第5条の規定により申請します。  　購入費等助成金交付審査のため、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、他市町村等関係機関に調査し、照会し、及び閲覧することを承諾します。 | | | | | | | |
| 対象児 | 住所 |  | | | | | |
| ふりがな |  | | 男・女 | | 年　　月　　日生(　　歳) | |
| 氏名 |  | |
| 対象児の扶養義務者名 | |  | | | | 児童との続柄 |  |
| 購入等を希望する補聴器の種類 | |  | | | | | |
| 購入等を希望する業者名 | | 名称  　所在地  　電話番号  ※公益財団法人テクノエイド協会が認定する認定補聴器専門店から選択すること。 | | | | | |
| 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 | | □在宅  □施設  □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  補聴援助システム（有・無）　年　　月　　日購入  　□　難聴児補聴器購入費等助成金交付  　□　障害者総合支援法に基づく補聴器の支給  　□　その他 | | |
| 備考 | |  | | | | | |