

様式第1号 (第5条関係)

難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

恵那市福祉事務所長 様

(申請者)
住 所
氏 名
(対象者との続柄：)
電 話

下記により、補聴器購入費助成金の交付を申請します。
なお、交付申請に関する審査のため、私の世帯の所得、福祉サービスの利用状況その他について、関係機関に調査、照会及び閲覧することを承諾します。

| | | | | | | |
|----------------|---|---------|------|----|------|-------|
| 対象者 | 氏 名 | | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住 所 | | | | | |
| 世帯状況 | 氏 名 | 対象者との続柄 | 生年月日 | 職業 | 備考 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 身体障害者手帳の申請の有・無 | 有 ・ 無 | | | | | |
| 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事業による交付 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 備 考 | | | | | | |

※ 難聴児補聴器購入費助成金意見書を添付してください。