様式第１号（第８条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業補助金　交付申請書

|  |
| --- |
| 申請日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日鯖江市長（申請者）住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（対象児との続柄　　　　　　　）電話　　　（　　　　　　）　　　　-　下記のとおり補助金の交付を申請します。補助金交付審査のため、私および私の世帯員の住民登録資料、税務関係情報補聴器の購入状況について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 |
| 対象児 | 住　所 |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　名 |  |
| 生　年　月　日 | 年　　　　月　　　　日 | 年齢 | 　　　　歳 |
| 身体障害者手帳（聴覚障害）の申請の有無 | 有　・　無※障害者総合支援法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書の添付を求めることがあります。 |
| 生　活　状　況 | □ 在宅　　　　　　□ 施設　　　　　　□ 医療機関 |
| 最近５年間の補聴器の購入状況（該当がある場合） | 右 （ 有 ・ 無 ）　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 購入左 （ 有 ・ 無 ）　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 購入□軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業補助金による交付□障害者総合支援法に基づく補聴器の支給□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望する補聴器取扱業者 |  | □別紙見積書のとおり　　（見積書で確認できる場合、下記項目の省略可） |
| 名　称 |  |
| 所在地 |  | 電話 |  |
| 購入を希望する補聴器の種類等 | 別紙「軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業補助金　医師意見書」のとおり |

注１　提出に当たっては、次の書類を添付してください。

　○様式第２号　軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業補助金　医師意見書

　○医師意見書の処方に基づいて作成された補聴器の見積書の写し

　○世帯全員の市町村民税の課税状況が分かる資料

　　※上記のほか、必要と認められる資料を求める場合があります。

注２　再交付申請（５年経過後の更新）の場合であっても、新規申請時と同様の書類が必要となります。