

様式第 1 号（第 6 条関係）

難聴児補聴器購入費助成金交付申請書						
申請日 年 月 日						
佐川町長						
(申請者)						
住 所						
氏 名						
対象者との続柄 ()						
電 話						
下記のとおり補聴器購入費の交付申請をいたします。						
購入費の支給申請の決定のため、私の世帯の住民記録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。						
対象児・者	住 所					
	フリガナ 氏 名					
	生年月日	年	月	日	性別	電話
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 ※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。				
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 ☐ 難聴児補聴器購入費助成事業による交付 ☐ 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に基づく補聴器 の支給 ☐ その他				
備 考						