

軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金交付申請書

申請日 年 月 日

尾花沢市長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

印

対象者との続柄 ( )

電 話

下記のとおり軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業費助成金の交付を申請します。  
 本申請の交付決定のため、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、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。  
 また、交付決定後に尾花沢市外へ住所を変更した場合（ただし、県内に限る。）は、転出先の市町村に交付状況を引き継ぐことを承諾します。

対象者	住 所			
	フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 ( 歳 )	電話番号	
購 入 を 希 望 する補聴器の種類	補聴器の種類			
	装 用 耳	右耳のみ ・ 左耳のみ ・ 両耳		
	イヤモード	不要 ・ 必要 (右・左・両耳)		
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。			
最近5年間の 補聴器の購入 状 況	右(有・無) 年 月 購入 左(有・無) 年 月 購入 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴児補聴器購入補助事業による交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補装具(補聴器)の支給 <input type="checkbox"/> その他	生 活 状 況 等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関入院	
備 考				