

## 難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

日高川町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

対象児との続柄 ( )

電 話

下記のとおり補聴器購入費助成金の交付を申請します。

購入費助成金の交付申請に関する審査のため、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、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					
	氏名 (ふりがな)					
	生年月日		性別		電話	
購入を希望する補聴器の種類						
購入を希望する補聴器販売事業者名						
聴覚障害に係る身体障害者手帳の申請の有無		有 ・ 無 ※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。				
備 考						

## ※添付書類

- ①難聴児補聴器購入費補助事業医師意見書 (別紙様式 2)
- ②補聴器販売事業者が作成した見積書
- ③その他町長が必要と認める書類