様式第１号（第７条関係）

橿原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

年　　　月　　　日

（宛先）橿原市福祉事務所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者）氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 対象児との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。**

なお、この申請に係る内容の審査に際して、私の住民登録状況、税務状況その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することに同意します。また、私の世帯員の住民登録状況、税務状況その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することの同意については、世帯員の同意書を添付します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児 | ふ　り　が　な |  | 生 年 月 日 | 年　　　月　　　日生（　　　　　歳） |
| 氏　　　名 |  |
| 個 人 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　所 | 橿原市　　　　　　　　町 |
| 希望する補聴器の種類 | 別紙、意見書のとおり（様式第２号） |
| 購入を希望する業者 | 名　　　　　称 |  |
| 所　　在　　地 |  |
| 電　話　番　号 |  |
| 身体障害者手帳の申 請 の 有 無 | 有（　　年　　月申請）　　・　　無　（理由：　　　　　　　　　　　）　※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（障害者総合支援法）に基づく給付を優先するため、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 | □橿原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費用助成事業（右耳）　　　年　　月　　日購入　　（左耳）　　　年　　月　　日購入　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　年　　月　　日購入 |
| 生活状況等 | □在宅　　　□施設　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　　　　　　考 |  |

添付書類

１　医師が作成した意見書（様式第２号）

２　意見書（様式第２号）に基づき、補聴器販売業者が作成した見積書

３　世帯員の同意書（同一世帯の者がある場合に限る。）