

昭島市中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費助成申請書

年 月 日

(宛先) 昭島市長

申請者（保護者）

住所

氏名

個人番号

対象児童との続柄

電話番号

次のとおり、補聴器購入費の助成金交付を申請します。

なお、この申請に関し必要な住民情報、課税情報等を公簿等により確認することに同意します。

購入を希望する 補聴器の種類	別紙、昭島市中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費助成金交付意見書のとおり		
購入予定 補聴器販売業者	名称 所在地 電話番号		
対象 児童	氏名	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	個人番号		
助成金申請額	金 円	身体障害者手帳 (聴覚障害)の 申請の有無	有 ・ 無
生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関	最近5年間の 補聴器の購入 の状況	右(有・無) 年 月 日購入 左(有・無) 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 中等度難聴児発達支援事業 <input type="checkbox"/> 補装具費支給制度 <input type="checkbox"/> その他( )