様式第１号（第６条関係）

西原町軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成申請書

西 原 町 長

申請日:　　年　　月　　日

(申請者)

住 所 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

対象者との続柄（　　）

電 話 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金の交付申請をします。

補聴器購入費助成申請の交付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査し、照会し、又は閲覧を求めることを承諾します。

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>住　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>フリガナ
氏　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td>電 話</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">身体障害者手帳の申請の有無</td><td>有 ・ 無</td><td colspan="3">※障害者総合支援法に基づく給付等を優先するため、
身体障害者手帳の却下通知書の添付を求めることがあります。</td></tr>
<tr><td colspan="2">最近5年間の補聴器の購入又は修理状況</td><td colspan="4">右（ 有 ・ 無 ）　年　月　日 購入 ・ 修理
左（ 有 ・ 無 ）　年　月　日 購入 ・ 修理
□ 軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業による購入
□ 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給
□ その他</td></tr>
<tr><td colspan="2">購入又は修理を希望する補聴器の種類</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">購入又は修理を希望する事業者名</td><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>電　話</td><td colspan="2"></td><td>FAX</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">該当する所得区分</td><td colspan="4">生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>