

様式第1号（第5条関係）

春日市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 春日市長

(申請者)
住 所
氏 名
対象児との続柄 ()
(電話番号)

補聴器購入費等の助成金の交付を受けたいので、春日市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、購入費助成金の決定のため、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、貴職が関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

対象児	住 所		
	フリガナ 氏 名		
	生年月日	年	月 日
購入を希望する 補聴器の名称			
購入を希望する 業者名	名 称		
	所在地		
	電 話		
見積額 (判定補聴器)		見積額 (希望補聴器) ※ 差額自己負担による機種変更を希望する場合	寄附金 その他の収入額
円		円	円
最近5年間の補聴器の購入状況	右 (有 ・ 無) 年 月 日購入 左 (有 ・ 無) 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業による交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他		
備 考			