様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

安来市長　様

申請者 住　所

氏　名

　　　（記名押印又は署名）

児童との続柄（　　　　　）

電話番号

難聴児補聴器購入助成申請書

難聴児補聴器購入費の助成を受けたいので、次のとおり安来市難聴児補聴器購入助成事業実施要綱第５条の規定により申請します。

　なお、この申請に係る内容の審査に際して、補聴器の購入状況等について、市が関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

また、助成の決定後、助成金を下記業者が代理受領することを承諾します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象児童 | フ　リ　ガ　ナ氏　　　　　名 |  |
|  |
| 住　　　　　所 |  |
| 生　年　月　日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　歳） |
| 希望する補聴器の種類 |  |
| 希望する業者 | 名　　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 身体障害者手帳の有無 | □有　　□無 |
| 過去５年間におけるこの事業による助成の有無 | 右耳　□有　□無　　　年　　月購入左耳　□有　□無　　　年　　月購入* 安来市難聴児補聴器購入助成事業による助成
* 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に基づく補聴器の支給
* 自費
 |
| 備　　　　　　　　考 |  |