

新発田市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)新発田市長

(申請者) 住 所 新発田市  
氏 名

対象者との関係( )

電話番号( - - )

下記のとおり、補聴器購入費の助成を受けたいので申請します。

なお、この申請にあたり、私及び世帯員の課税台帳、住民基本台帳を閲覧すること及び身体障害者手帳の交付の有無を確認することを承諾します。

対 象 者	住 所	新発田市		
		電話番号( - - )		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	購入を希望する 補聴器の種類		見積額	円
	身体障害者手帳の 申 請 の 有 無	有 ・ 無	※障害者総合支援法に基づく補装具の給付を優先するため、 身体障害者手帳の却下通知の添付を求めています。	
	申 請 状 況	1 新規申請 2 再申請 (前回交付決定日 年 月 日)		
	備 考			

添付書類

- (1) 身体障害者福祉法第15条第1項の規定により新潟県知事が定める医師が作成した  
新発田市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成意見書(別記第2号様式)
- (2) (1)の意見書に基づき補聴器販売事業者が作成した補聴器の見積書