

別記

第1号様式（第5条関係）

軽・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

新発田市長 様

住所

申請者 氏名

児童との続柄（ ）

電話番号

次のとおり補聴器購入費の助成を申請します。

なお、助成に係る審査のため、世帯の市区町村民税の課税状況を調査し、又は確認することを承諾します。

対象 児童	住 所			
	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月 日
購入を希望する 補聴器の種類				
購入を希望する 補聴器販売 事業者名	名 称			
	所 在 地			
	電話番号			
身体障害者手帳 の申請の有・無	有 ・ 無 (注) 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等に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めることがあります。			
最近5年間の 補聴器の購入 状	右(有・無) 年 月 日購入 左(有・無) 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 軽・中等度難聴児補聴器購入費助成事業の対象 <input type="checkbox"/> 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等の対象 <input type="checkbox"/> その他			
備 考				