

軽・中度難聴児補聴器購入費等助成金支給申請書

年 月 日

明石市長様

申請者(対象児の保護者)

住所

氏名

(対象児との続柄)

電話 () -

下記のとおり軽・中度難聴児補聴器購入費等助成金の支給を申請します。

補聴器購入費等助成申請の審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

また、支給決定後に市外へ住所を変更した場合は、転出先の市町に支給状況を引き継ぐことを承諾します。

対象児	住所	〒 -			
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	電話		
購入する補聴器の種類又は交換する耳あて等の種類・個数	補聴器	左・右	耳あて等	イヤモールド 左・右 耳穴型シェル 左・右	
耳あて等のみ申請の場合 (※裏面の確認書に署名・押印してください。)	受診医療機関	医療機関名			
		所在地			
		電話番号	() -		
	利用中の補聴器 種目・型番				
希望する補聴器販売事業者	名称				
	所在地				
	電話	() -	FAX	() -	

裏面

軽・中度難聴児補聴器購入費等助成金支給申請確認書

(※耳あて等のみ申請の場合のみ署名してください。)

表面の助成申請について、対象児は耳鼻咽喉科の医師から補聴器の装用を勧められており、助成申請の審査のため対象児の身体状態について表面記載の医療機関に照会することについて承諾します。

また、身体障害者手帳（聴覚障害）の対象者が当助成の対象とならないことについて承知しています。

年 月 日

対象児の保護者氏名 _____