

第1号様式（第6条関係）

年 月 日

香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

香芝市長 様

申請者（保護者）

住 所

氏 名

助成対象児との続柄

電話又はFAX番号

香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付要綱第6条の規定により下記のとおり申請します。  
 なお、この申請に係る内容の審査に関して、私の世帯の住民登録状況、税務状況その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することに同意します。

記

フリガナ 助成対象児		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所			
助成対象児の 扶養義務者		続柄	
購入を希望する 補聴器の種類	別紙、意見書のとおり（第2号様式）		
購入を希望する 業者名	名 称	所在地	FAX 番号
	電話番号		
身体障害者手帳の 申請の有無	有（ 年 月申請） ・ 無 ※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（障害者総合支援法）に基づく給付を優先するため、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。		
生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関	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"/> 香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の給付 <input type="checkbox"/> その他
備考			