様式第１号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 児童補聴器購入費等助成申請書　　　年　　月　　日加古川市長　様（対象者の保護者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄　　　　　）　下記のとおり児童補聴器購入費等の助成を申請します。　児童補聴器購入費等助成申請にあたり、市が私の世帯の住民登録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。 |
| 対　象　者 | 住　　所 |  |
| フリガナ氏　　名 |  | 個人番号 |  |
| 電話 |  |
| 生年月日 |  | FAX |  |
| 身体障害者手帳の申請の有無 | 有 ・ 無 |  |
| 購入する補聴器の種類または交換する耳あて等の種類・個数 | 補聴器 |  | 耳あて等 |  |
| 最近５年間における児童補聴器購入費等助成事業による補聴器購入の有無 | 有 ・ 無(有りの場合：　　　市・町) |
| 耳あて等のみの申請の場合 | 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 |  |