　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 | |  | | | | | | 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 | |  | | |