

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成交付申請書

申請日 年 月 日

八戸市長 様

(申請者)

住 所 _____

電 話 _____

氏 名 _____ 印

対象児童との続柄 ()

八戸市軽度・中等度難聴児補聴器購入費の助成を受けたいので、八戸市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業実施要綱第4条の規定により次のとおり申請します。

購入費の交付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

対象児童	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	性別
購入・修理する	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 修理 (装用耳： <input type="checkbox"/> 右 ・ <input type="checkbox"/> 左 ・ <input type="checkbox"/> 両耳)				
補聴器の種類	補聴器の種類	<input type="checkbox"/> ポケット型 (軽度・中等度・高度・重度) <input type="checkbox"/> 耳かけ型 (軽度・中等度・高度・重度) <input type="checkbox"/> 耳あな型 (レディメイド・オーダーメイド) <input type="checkbox"/> 骨導式 (ポケット型・眼鏡型)			
購入等を希望する業者名	名 称				
	所在地	(電話：)			
身体障害者手帳の有無	有 ・ 無				
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"/> 軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業による交付 <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に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> 八戸市軽度中等度難聴児補聴器購入費補助事業による補助 <input type="checkbox"/> その他				
備 考					