

様式第 1 号（第 6 条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成申請書

年 月 日

ひたちなか市長 殿

申請者 住所

氏名

（※）本人が自署できない場合は，記名押印してください。

連絡先

続柄

次のとおり，軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成を申請します。

なお，審査に必要となる私の世帯の住民記録資料及び補聴器等の購入状況について，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	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年	月 日
購入を希望する 補聴器等の種類			
希望する補聴器 業者	名称		
	住所		
	電話番号		
身体障害者手帳 申請の有無	有 ・ 無		
過去 5 年間の補 聴器等の購入状 況	左（購入：有 ・ 無）	年	月 日 購入
	右（購入：有 ・ 無）	年	月 日 購入
	☐ 自費購入		
	☐ 軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金による購入 （前回の助成決定日： 年 月 日）		
	☐ 障害者総合支援法に基づく補聴器等の購入		
	☐ 労働者災害補償保険法		

添付書類

- 1 軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業医師意見書
- 2 補聴器等の見積書
- 3 その他市長が必要と認める書類