

軽度・中等度難聴児補聴器（購入・修理費）助成申請書

申請日 年 月 日			
（あて先）下関市長			
（申請者） 住 所 _____ 氏 名 _____ 児童氏名 _____ 連絡先 ー _____			
下記により助成金の交付を申請します。 購入助成金交付審査のため、私及び私の世帯員の住民登録資料、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。			
購入等を希望する補聴器の種類			
購入等を希望する業者名	名称 所在地 電話番号		
交付対象児の扶養義務者名		児童との 続 柄	
身体障害者手帳の申請の有・無	有 ・ 無		
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・修理状況	右(有・無) 年 月 日購入・修理 左(有・無) 年 月 日購入・修理 <input type="checkbox"/> 山口県軽度・中等度難聴児補聴器購入費等補助制度 <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"/> その他
備 考			