

第1号様式 (第6条関係)

鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

(申請者)

住所 _____

保護者氏名 _____ 印

対象児氏名 _____

〒 _____

電話 _____

下記により鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金の交付を申請します。
 交付の審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況等について、他市町村その他の関係機関に調査、照会、閲覧等を行うことを承諾します。

補聴器の種類	別紙鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書のとおり		
販売者	所在地 名称 電話番号		
世帯員 申請者（保護者・対象児童）の情報も記入してください。	氏名	対象児との続柄	個人番号
身体障害者手帳の申請の有・無	有 ・ 無 ※障害者総合支援法等に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めることがあります。		
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状況	右 (有・無) 年 月 日購入 左 (有・無) 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 難聴児補聴器購入費助成金交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他
備考			