

中等度難聴児発達支援事業補聴器等購入費助成申請書

年 月 日			
武蔵村山市長 殿 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     (申請者)                      住所                      氏名                      児童氏名                      連絡先                 </div>			
下記のとおり補聴器等購入費の助成を申請します。			
購入を希望する補聴器等の種類	別紙、中等度難聴児発達支援事業補聴器等購入費助成意見書のとおり		
購入を希望する業者	名称 所在地 電話番号		
助成対象児童の氏名		申請者との続柄	
身体障害者手帳（聴覚障害）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年間の補聴器等の購入の状況	右（有・無） 年 月 日購入 左（有・無） 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 中等度難聴児発達支援事業 <input type="checkbox"/> 補装具費支給制度 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※ 本申請に際し、世帯の住民基本台帳、所得状況、身体障害者手帳の有無、生活保護受給の有無の状況を調査することに同意します。

氏名

印

(日本産業規格A列4番)