

小金井市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

(宛先) 小金井市長

(申請者)

住所

氏名

児童氏名

連絡先

下記のとおり補聴器等購入費の助成を申請します。

助成の審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務関係資料その他について、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金交付意見書」のとおり		
購入を希望する業者	名称 所在地 電話番号		
対象児童の保護者名		児童との続柄	
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 ( )