

第1号様式（第6条）

中等度難聴児補聴器購入費助成金申請書

年 月 日

府中市長

申請者（保護者）

住 所

氏 名

対象児童との続柄

電話番号 ()

次のとおり中等度難聴児補聴器購入費助成金を申請します。

また、中等度難聴児補聴器購入費助成金の交付の審査等に関し、市が、私の世帯の住民基本台帳の閲覧や市民税課税台帳等の確認をすることに同意します。

フリガナ					
対象児童氏名		生年月日	年 月 日	性別	
購入を希望する補聴器の種類	別紙、中等度難聴児補聴器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				
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	最近5年間の補聴器の購入状況	右（有・無）	年 月 日購入	
	<input type="checkbox"/> 施設		左（有・無）	年 月 日購入	
	<input type="checkbox"/> 医療機関		<input type="checkbox"/> 中等度難聴児補聴器購入費助成制度		
			<input type="checkbox"/> 補装具費支給制度		
			<input type="checkbox"/> その他（ ）		
市処理欄	所得階層		宛名番号 保護者[]		
	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得 <input type="checkbox"/> 一般		児童[]		