

様式第 1 号（第 8 条関係）

石川町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成申請書

令和 年 月 日

石川町長 様

石川町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等の助成を受けたいので、石川町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業実施要綱第 8 条の規定により、下記のとおり補聴器購入費等の助成を申請します。

購入費等の助成申請の決定に際して必要があるときは、私の世帯に係る町民税課税台帳その他所得状況を確認できる書類を閲覧する等の調査を行うことに同意します。

申請者 (保護者)	フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	氏 名	印			
	居住地	〒 電話番号			
フリガナ			生年月日	年 月 日	
助成対象児氏名					
助成対象児住所		〒 電話番号			
購入等を希望する補聴器の種類		別添意見書のとおり（様式第 2 号）			
希 望 す る 補 聴 器 業 者		名 称： 所 在 地： 電話番号：			
身体障害者手帳 の申請の有・無		有 ・ 無 ※ 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ています。			
世 帯 の 状 況		1 同一世帯に町民税所得割額 4 6 万円以上の方がいる世帯 2 上記 1 以外の世帯			
最近 5 年 間 の 補 聴 器 の 購 入 状 況	左（購入：有・無）	年 月 日 購入			
	右（購入：有・無）	年 月 日 購入			
	☐ 自費購入 ☐ 難聴児補聴器購入費等助成事業による給付				
備 考					