

別記第1号様式（第5関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等給付申請書

稚内市長 様		申請日 年 月 日		
		(申請者) 住所 稚内市 丁目 番号 氏名 個人番号 電話		
		対象者との続柄 () — —		
下記のとおり補聴器（購入・修理）費の給付申請をします。				
対象者	住所	稚内市 丁目 番号		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男・女 電話 — —
聴覚障害による身体障害者手帳交付の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有（以前交付されていた・現在交付されている） ※ 障害者総合支援法等に基づく給付等を優先させるため、身体障害者手帳の却下通知書の添付を求めています。			
補聴器の使用状況	右耳（ <input type="checkbox"/> 使用している ・ <input type="checkbox"/> 使用していない） 購入方法 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴児補聴器購入費等給付事業による購入 <input type="checkbox"/> その他（ ） 購入年月日 年 月 日 左耳（ <input type="checkbox"/> 使用している ・ <input type="checkbox"/> 使用していない） 購入方法 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴児補聴器購入費等給付事業による購入 <input type="checkbox"/> その他（ ） 購入年月日 年 月 日			
購入又は修理を希望する補聴器の種類	<input type="checkbox"/> 補聴器（右・左） 種類： <input type="checkbox"/> イヤモールド（右・左）			
希望する補聴器業者	名称			
	所在地			
	電話	— —		
該当する所得区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯			
補聴器（購入・修理）費の給付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 <p style="text-align: right;">氏名</p>				