**石狩市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成交付申請書**

| 年　　月　　日    石狩市長　様    （申請者）  住　所  氏　名  　　　　 対象者との続柄  電　話    下記のとおり補装具費の支給申請（購入・修理）をいたします。  　補装具費の支給申請（購入・修理）の決定のため、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。 | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児童 | 住所 | |  | | | | |
| フリガナ  氏名 | |  | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 電話 |  | |
| 聴覚障がいに係る身体障害者手帳の有無  □無　　□有⇒ | | | 手帳番号 | 第　　　　号 | 交付年月日 | 年　　月　　日 | |
| 障害種別 |  | | 障害等級 |  |
|  | | | | |
| 購入又は修理を希望する補聴器の種類 | | |  | | | | |
| 希望する補聴器販売店 | | 名称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 電話 |  | | ファックス |  | |
| 該当する所得区分 | | | □生活保護世帯　　□市民税非課税世帯　□市民税課税世帯　□一定所得以上 | | | | |
| 過去５年間の補聴器購入暦  □無　　□有⇒ | | | 右耳（　　年　　月　　日購入⇒□自費購入　□本事業で購入　□その他  左耳（　　年　　月　　日購入⇒□自費購入　□本事業で購入　□その他 | | | | |
| 助成金の受領方法 | | | □償還払い　　　□補聴器販売店への受領委任 | | | | |