

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				