

軽・中度難聴児補聴器購入費等助成金支給申請書

年 月 日

明石市長様

申請者(対象児の保護者)

住所 明石市中崎1丁目5-1

保護者様のお名前等をご記入ください

氏名 明石 太郎

(対象児との続柄 父)

電話 (078) 918-1344
090-0000-0000

下記のとおり軽・中度難聴児補聴器購入費等助成金の支給を申請します。補聴器購入費等助成申請の審査のため、私の世帯の住民登録資料、税金その他について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。また、支給決定後に市外へ住所を変更し、とを承諾します。

日中つながるお電話番号をご記入ください(携帯電話可)

| | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------|---|
| 対象児 | 住所 | ☎673-8686 明石市中崎1丁目5-1 | | |
| | フリガナ | アカシ イチロウ | | |
| | 氏名 | 明石 一郎 | | |
| | 生年月日 | H30年4月1日 | 電話 | (078) 918-1344 090-0000-0000 |
| 購入する補聴器の種類又は交換する耳あて等の種類・個数 | 補聴器 | <input checked="" type="radio"/> 左・右 | 耳あて等 | イヤモールド <input checked="" type="radio"/> 左・右 耳穴型シェル 左・右 |
| 耳あて等の申請の場合 (※裏面の確認名・押印してください) | イヤモールド等のみの申請の場合はご記入ください。(裏面にもあります) | 医療機関名 | 〇〇病院 | |
| | | 所在地 | 明石市〇〇町〇〇 | |
| | | 電話番号 | (078) 000-0000 | |
| | 利用中の補聴器種目・型番 | 〇〇社 〇〇 | | |
| 希望する補聴器販売事業者 | 名称 | 〇〇株式会社 | | |
| | 所在地 | 明石市〇〇町△△ | | |
| | 電話 | (078) 000-0000 | FAX | (078) 000-△△△△ |

裏面

軽・中度難聴児補聴器購入費等助成金支給申請確認書

(※耳あて等のみ申請の場合のみ署名してください。)

表面の助成申請について、対象児は耳鼻咽喉科の医師から補聴器の装用を勧められており、助成申請の審査のため対象児の身体状態について表面記載の医療機関に照会することについて承諾します。

また、身体障害者手帳（聴覚障害）の対象者が当助成の対象とならないことについて承知しています。

年 月 日

対象児の保護者氏名 明石 太郎

イヤモールドのみの購入の
場合は保護者様のお名前等
をご記入ください