

中等度難聴児発達支援事業 補聴器購入費助成申請書

申請日

記入不要

杉並区長 宛

（申請者）

住所 杉並区阿佐谷南●-●-●

氏名 杉並 太郎

児童氏名 杉並 奈南

連絡先 090-1234-5678

申請者につきましては、
交付決定後にお送りする請求書の
請求者・口座名義人と統一して
いただきますよう、お願いいたします。

下記のとおり補聴器購入費の助成を申請します。

助成の審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務関係資料その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

購入を希望する補聴器の種類	別紙、中等度難聴児発達支援事業意見書のとおり		
購入を希望する業者	名称 高井戸補聴器店 所在地 杉並区高井戸東▲-▲-▲ 電話番号 03-5678-1234		
対象児童の保護者名	杉並 太郎	児童との続柄	父
身体障害者手帳（聴覚障害）の申請の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> <div>有の場合は、本事業の助成の対象にはなりません。</div>		
生活状況等	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関	最近 5 年間の補聴器の購入の状況	右（有・無） 年 月 日購入 左（有・無） 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 中等度難聴児発達支援事業 <input type="checkbox"/> 補装具費支給制度 <input type="checkbox"/> その他（ ）

過去 5 年間に本事業において助成を受けている場合には、原則対象にはなりません。