

青梅市中等度難聴児発達支援事業 補聴器購入費給付申請書

|                                                                                 |                                                                                             |                           |                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請日 年 月 日                                                                       |                                                                                             |                           |                                                                                                                                                      |
| 青梅市長 殿                                                                          |                                                                                             |                           |                                                                                                                                                      |
| (申請者)<br>住所<br>氏名<br>児童氏名<br>連絡先                                                |                                                                                             |                           |                                                                                                                                                      |
| 次のとおり補聴器購入費の給付を申請します。<br>給付の審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務関係資料その他について、調査・照会・閲覧することを承諾します。 |                                                                                             |                           |                                                                                                                                                      |
| 購入を希望する<br>補聴器の種類                                                               | 別紙、青梅市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<br>業者                                                                   | 名称<br>所在地<br>電話番号                                                                           |                           |                                                                                                                                                      |
| 対象児童の保護<br>者名                                                                   |                                                                                             | 児 童 と の<br>続 柄            |                                                                                                                                                      |
| 身体障害者手帳<br>(聴覚障害)の申<br>請の有無                                                     | 有・無                                                                                         |                           |                                                                                                                                                      |
| 生活状況等                                                                           | <input type="checkbox"/> 在宅<br><input type="checkbox"/> 施設<br><input type="checkbox"/> 医療機関 | 最近 5 年間の<br>補聴器の購入<br>の状況 | 右 (有・無) 年 月 日購入<br>左 (有・無) 年 月 日購入<br><input type="checkbox"/> 中等度難聴児発達支援事業<br><input type="checkbox"/> 補装具費支給制度<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |