

令和 年 月 日

印西市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等補助金交付申請書

印西市長 様

(申請者)

〒 印西市

氏名 ⑤

児童氏名

電話番号

下記のとおり、補助金の交付を申請します。

交付審査に当たり、市職員が私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他補聴器の購入等に関する情報について、他市町村など関係機関に調査、照会、又は閲覧することを承諾します。

交付対象児童の保護者			交付対象児童との続柄		
身体障害者手帳の有無	有	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知等の添付を求める事があります。			
	無				
最近5年間の補聴器の購入状況	右(有・無)	年	月	日	購入
	左(有・無)	年	月	日	購入
	<input type="checkbox"/> 印西市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等補助金				
	<input type="checkbox"/> 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく給付等				
	<input type="checkbox"/> その他				
補聴器販売業者	名称				
	所在地				
	電話番号				
備考					