

軽・中等度難聴児補聴器購入費助成申請書

年 月 日

(宛先) さいたま市長

(申請者)

住 所
氏 名

※署名又は記名押印
対象者との続柄 ()

電 話

次のとおり補聴器購入費の助成を受けたいので申請します。

対象者	住 所					
	フリガナ 氏 名					
	生年月日	年	月	日	性別	電話
購入を希望する補聴器の種類						
購入を希望する業者名	名称					
	所在地					
	電話					
聴覚障害に係る身体障害者手帳の申請の有・無	有・無 ※身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めることがあります。					
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"/> 難聴児補聴器購入費助成事業による交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補装具費(補聴器)の支給 <input type="checkbox"/> その他()					
備 考						

備考 軽・中等度難聴児補聴器購入費助成意見書(様式第2号)を添付してください。