

様式第1 (第6条関係)

鹿兒島市難聴児補聴器購入費助成交付申請書	
○年 △月 ×日	
鹿兒島市長 殿	(申請者) 住所 鹿兒島市山下町11番1号 氏名 鹿兒島 花子 (署名又は記名押印) 助成対象児との続柄 (母) 電話 〇〇〇- (〇〇〇〇) -〇〇〇〇 決定通知の送付先: 同上
下記のとおり鹿兒島市難聴児補聴器購入費助成金(購入・修理)の交付申請をします。 なお、当該申請に係る審査のため、私の世帯の住民登録資料・税務資料・補聴器購入の状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧すること及び購入等を希望する補聴器販売業者へ難聴児補聴器助成券を送付することを承諾します。	
助成対象児	住所 鹿兒島市山下町11番1号 フリガナ カゴシマ タロウ 氏名 鹿兒島 太郎 生年月日 ○年 △月 ×日 (□歳)
購入等を希望する補聴器の種類	右) 軽度・中等度難聴用耳かけ型補聴器
購入等を希望する業者名	〇〇補聴器会社
見積額(助成対象補聴器)	〇, 〇〇〇円
見積額 ※差額自己負担による機種変更を希望は記入してください。	身体障害者手帳の有無を記入。 円
身体障害者手帳の申請の有・無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ※無の場合、障害者総合支援法に基づく給付を優先するため、先に身体障害者手帳の申請をしていただくことがあります。有の場合、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。
補聴器の購入状況等	右(<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) 年 月 日 (購入・修理) 左(<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) 年 月 日 (購入・修理) <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聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他 ()
備考	購入履歴の有無を記載。過去に補聴器の助成を受けた場合は、記入を行ってください。

自署であれば印鑑不要。

処方された補聴器の内容を記入。

見積額を記入。

身体障害者手帳の有無を記入。

購入履歴の有無を記載。過去に補聴器の助成を受けた場合は、記入を行ってください。