

様式第1（第6条関係）

鹿児島市難聴児補聴器購入費助成交付申請書				
鹿児島市長 殿			年 月 日	
<div style="text-align: right;">(申請者)</div> 住所 氏名 (署名又は記名押印) 助成対象児との続柄 () 電話 - () - 決定通知の送付先：				
<p>下記のとおり鹿児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。</p> <p>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。</p>				
助 成 対 象 児	住 所			
	フリガナ 氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)	性 別	男・女
購入等を希望する 補聴器の種類				
購入等を希望する 業者名				
見 積 額 (助成対象補聴器)			円	
見 積 額 ※差額自己負担による機種変更を希望する場合は記入してください。			円	
身体障害者手帳の 申請の有・無	有・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 (有・無) 年 月 日 (購入・修理) 左 (有・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				