

様式第1号

軽度中等度難聴児補聴器購入費等助成申請書

申請日 年 月 日

柏市長宛て

(申請者)

住所 柏市 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

児童氏名 \_\_\_\_\_

下記により補聴器購入費等助成金の交付を申請します。  
 購入費助成金の交付審査のため、世帯状況、課税状況、補聴器の購入状況その他必要な事項  
 に関して調査を行うことに同意します。

購入等を希望する 補聴器の種類	別紙、補聴器交付意見書のとおり（様式第2号）		
購入等を希望する 業者名	名称 所在地 電話番号		
交付対象児の 扶養義務者名		児童との 続柄	
身体障害者手帳の 申請の有無	有・無 ※障害者総合支援法等に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の 却下決定通知書等の添付を求めることがあります。		
生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関	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"/> 軽度中等度難聴児補聴器購入費等助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法等に基づく支給 <input type="checkbox"/> その他
備 考			