

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

（あて先）胎内市長

（申請者）住 所  
氏 名  
対象者との続柄（ ）  
電話番号

胎内市難聴者補聴器購入費助成申請書

次のとおり、補聴器購入費の助成を申請します。

補聴器購入費助成の決定のため、私（対象者）の世帯の住民登録情報、税務資料その他について、市の担当者が各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対 象 者	住 所	申請者と異なる場合のみ記入		
	氏 名	申請者と異なる場合のみ記入		
	生年月日	年 月 日（ 歳）	電話番号	
申請状況	1 新規申請 2 再申請（前回支給日 年 月 日）			
備考				

添付書類

- （1）身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項に規定する都道府県知事が定める医師が作成した胎内市難聴者補聴器購入費助成意見書（様式第2号）
- （2）（1）の意見書の処方に基づき、補聴器販売事業者が作成した補聴器の見積書又は購入した補聴器（（1）の意見書の処方に合致するものに限る。）の購入日、購入金額及び種類を証明できる書類（領収書等）
- （3）その他市長が必要と認める書類