

大泉町難聴児補聴器購入等支援事業補助金交付申請書

年 月 日

大泉町長 様

〒
住所
申請者 氏名
(保護者) 連絡先
続柄

このことについて、次のとおり大泉町難聴児補聴器購入等支援事業補助金の交付を申請します。
なお、補助金の交付決定のため、住民基本台帳及び課税台帳の閲覧並びに関係機関に対して補聴器の購入等の状況について照会することを承諾します。

対象児童名等	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	
購入等を希望する補聴器の種類		
希 望 す る 補 聴 器 販 売 事 業 者 等	名 称	
	所 在	
	電話番号	
身体障害者手帳申請の有無	有 ・ 無	
世 帯 の 状 況	1 市町村民税課税世帯(市町村民税所得割46万円以上)	
	2 上記1以外の市町村民課税世帯・市町村民税非課税世帯	
過 去 5 年 間 の 補 聴 器 購 入 状 況	左 (購入:有・無)	年 月 日 購入
	右 (購入:有・無)	年 月 日 購入
	<input type="checkbox"/> 自費購入	
	<input type="checkbox"/> 難聴児補聴器購入等支援事業補助金による購入(前回の補助決定日:)	
	<input type="checkbox"/> 障害者自立支援法又は障害者総合支援法に基づく補装具の給付	
<input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法		
補聴器の修理内容及び毀損等をした理由(修理の場合)		

見積額	基準額	補助対象経費	補助金申請額	申請者負担額

【添付書類】

- 1 大泉町難聴児補聴器購入等支援事業交付意見書
- 2 補聴器の購入等に係る見積書