

様式第 1 号（第 7 条関係）

岩沼市難聴児補聴器購入助成金交付申請書				
年 月 日				
岩沼市長 殿				
(申請者)				
住 所				
氏 名				
助成対象児との続柄 ()				
電話番号				
以下のとおり岩沼市補聴器購入費助成金の交付申請をいたします。 また、助成金の交付決定に必要な範囲において、私の世帯の住民登録資料、補聴器の購入状況その他について、関係機関に調査し、照会し、又は閲覧することを承諾します。				
対象者	住 所			
	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	
購入を希望する補聴器等 (個数)				
購入を希望する業者名	名称			
	所在地			
	電話			
身体障害者手帳の申請の有・無	有・無 ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律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の添付を求めています。			
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 ☐ 岩沼市難聴児補聴器購入助成事業による交付 ☐ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく支給 ☐ その他			
備 考				