

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

下記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、税務資料等、補聴器の購入状況その他について、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			
	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ることがあります。			
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 <input type="checkbox"/> 岩沼市難聴児補聴器購入助成事業による交付 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他			
備 考				