第１号様式（第５条関係）

大月市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成金交付申請書

年　　　　月　　　　日

大月市長　様

（申請者）　住　所

氏　名

対象者との関係（　　　　　　　　　　　　　）

　　電話番号（　　　　　-　　　　　-　　　　　）

大月市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、大月市軽・中等度難聴者

補聴器購入費助成事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 | 電話番号（　　　　　－　　　　　－　　　　　） |
| フリガナ氏　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　　　歳） |
|  |
| 購入を希望する補聴器の種類 | * ポケット型
* 耳かけ型
* 耳あな型
* その他（　　　　　　　　　　　　　　）
 | 見積額 | 円　 |
| 身体障害者手帳の申請の有無 | 有　・　無 | ※障害者総合支援法に基づく補装具の給付を優先するため、身体障害者手帳の却下通知の添付を求めることがあります。 |
| 申請状況 | 　１　新規申請　２　再申請　（前回交付決定日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日）　 |
| 備　考 |  |

添付書類

1. 身体障害者福祉法第１５条第１項の規定にする医師が作成した大月市軽・中等度難聴者

補聴器購入費助成意見書（第２号様式）

1. （１）の意見書に基づき補聴器販売事業者が作成した補聴器の見積書