

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)
- (2) (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