様式第１号（第５条関係）

難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　年　　月　　日

佐伯市長　　　　　　様

（申請者）

住　所

氏　名

個人番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　対象児との続柄（　　　　　　）

電　話

次のとおり補聴器購入費助成金の交付を申請します。

なお、当該助成金の決定に係る審査のため、関係機関が保有する私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、貴職が調査し、照会し、又は閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対  象  児 | 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　 月 　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 購入又は修理を  希望する補聴器  の種類 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 購入又は修理を  希望する補聴器  販売事業者名 | | 名　称 | | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | | |
| 電　話 | | |  | | | | | | | | | | |
| 見積額（意見書の処方に基づく補聴器） | | | | | | | | 見積額（希望補聴器）  ※差額自己負担による補聴器  の種類変更を希望する場合 | | | | | | | |
| 円 | | | | | | | | 円 | | | | | | | |
| 身体障害者手帳  の申請の有無 | | 有 ・ 無  ※法令の規定に基づく交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   * 軽度・中度聴覚障がい児支援事業による交付 * 法令の規定に基づく補聴器の交付   （法令名： 　　　　　　　　　　　　　 　　）   * その他 | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　考 | |  | | | | | | | | | | | | | |

同意書

年　　月　　日

難聴児補聴器購入費助成金交付申請に係る事実についての審査に関し、下記の者に係る地方税関係情報を佐伯市（障がい福祉課）が取得することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 個人番号 | 本人との続柄 | 生年月日 |
| 障がい児  本人 |  |  |  | 平・令  　　年　　月　　日 |
| 世帯員 |  |  |  | 大・昭・平・令  　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 大・昭・平・令  　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 大・昭・平・令  　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 大・昭・平・令  　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 大・昭・平・令  　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 大・昭・平・令  　　年　　月　　日 |