

様式第 1 号（第 5 条関係）

美郷町軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成申請書						
美郷町長 様		申請日 年 月 日				
		(申請者) 住 所 フリガナ 氏 名 電 話				
		対象者との続柄 ( )				
<p>次のとおり美郷町軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成について申請します。</p> <p>なお、私は購入費の支給決定のため、私の世帯の住民登録情報、税務情報、補聴器の購入状況等について、調査・照会・閲覧することを承諾します。</p> <p>また、対象者の属する世帯の世帯員にあっては、私の責任において本申請を行うこと、必要な調査を受けることについて了解を得ています。</p>						
対 象 者	住 所	※申請者と異なる場合記入				
	フリガナ 氏 名	※申請者と異なる場合記入				
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	電話	
購 入 を 希 望 する補聴器の種類						
購 入 を 希 望 する事業者名		名 称				
		所在地				
		電 話				
身体障害者手帳 の申請の有・無		<p>有 ・ 無</p> <p>※障害者総合支援法等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。</p>				
最近 5 年間の 補聴器の購入状況		<p>右 (有・無) 年 月 日購入</p> <p>左 (有・無) 年 月 日購入</p> <p><input type="checkbox"/> 美郷町軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成事業による交付</p> <p><input type="checkbox"/> 難聴児補聴器購入費助成事業による交付</p> <p><input type="checkbox"/> 障害者総合的支援法に基づく支給</p> <p><input type="checkbox"/> 自費による購入</p>				
備 考						

添付書類

- (1) 身体障害者福祉法第15条第1項の規定により都道府県知事の定める医師が作成した医学的判定意見書（様式第2号）
- (2) (1)の意見書及び補聴器相談医が作成した情報提供書の処方に基づき、補聴器販売事業者が作成した補聴器の見積書
- (3) その他町長が特に必要と認める書類