

第1号様式（第6条関係）

開成町軽度・中等度難聴児補聴器購入等補助金交付申請書

年 月 日

開成町長 殿

住 所  
申請者 氏 名 印  
(保護者) 連 絡 先

次のとおり、補助金の交付を申請します。

なお、審査に必要となる私の世帯の住民登録資料、課税資料、補聴器購入状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧・報告することを承諾します。

対 象 児 童	ふりがな	生年 月日	年 月 日
	氏 名		
申 請 内 容	購 入 ・ 修 理		
購入を希望する 補聴器の種類 (修理の場合は その内容)			
希望する補聴器 販売事業者	名 称		
	住 所		
	電 話 番 号		
身体障害者手帳 申請の有無	有 ・ 無 ※ 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 決定通知等の添付を求めることがあります。		
世帯の状況	1 市町村民税課税世帯（市町村民税所得割46万円以上） 2 上記1以外の市町村民税課税世帯・市町村民税非課税世帯		
過去5年間の 補聴器購入状況	左（購入：有・無）		年 月 日 購入
	右（購入：有・無）		年 月 日 購入
	<input type="checkbox"/> 自費購入		
	<input type="checkbox"/> 開成町軽度・中等度難聴児補聴器購入等補助金による購入 (前回の補助決定日： 年 月 日)		
<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補装具の給付			
<input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法			

(添付書類)

- 1 開成町軽度・中等度難聴児補聴器購入等補助金交付医師意見書（第2号様式）
- 2 補聴器の見積書
- 3 申請者の属する世帯員全員の所得（課税）証明書