第1号様式(第8条関係)

中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費助成申請書

年　　月　　日

八王子市長　宛

〒

住　　所

(保護者)　氏　　名　　㊞

電話番号

下記のとおり補聴器購入費の助成を申請します。また、助成に係る収入審査のため、私の世帯の収入状況について公簿等による調査・確認をすることに同意します。

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
児童氏名		続柄	
購入を希望する補聴器の種類	別紙、中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費助成意見書のとおり		
購入を希望する補聴器業者	名　　称		
	所在地	〒	
	電話番号		
身体障害者手帳(聴覚障害)の申請の有無	□　有　　□　無	生活状況等	□　在宅 □　施設 □　医療機関
最近5年間の補聴器の購入の状況	右(有・無)　　年　月　日購入 左(有・無)　　年　月　日購入 □ 中等度難聴児発達支援事業 □ 補装具費支給制度 □ その他(　　)		