

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成申請書

申請日 年 月 日

(あて先) 千葉市長

(申請者)
 住所 _____
 氏名 _____
 (対象児童との続柄 _____)
 T E L _____
 F A X _____
 メールアドレス _____ @ _____

下記により補聴器購入費用の助成を申請します。

購入を希望する補聴器の種類	別紙、軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業医師意見書のとおり (様式第2号の1 又は 様式第2号の2)										
購入を希望する補聴器業者	名 称 所 在 地 電 話 番 号										
対象児童	住 所										
	フリガナ						性 別		生 年 月 日		
	氏 名						男 ・ 女		年 月 日 (歳)		
	個 人 番 号										
身体障害者手帳の有・無	有 ・ 無 ・ 現在手続き中										
生活状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関		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 <input type="checkbox"/> 千葉市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成制度 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補装具費の支給 <input type="checkbox"/> その他						
世帯の状況	氏名					氏名					
	個人番号					個人番号					
	氏名					氏名					
	個人番号					個人番号					
備考											

この申請にあたり、利用者負担額の算定のため、対象者が属する世帯の市民税の課税状況及び所得の状況について、千葉市が必要な範囲で調査・確認することに

1 同意します 2 同意しません (いずれかに○をしてください)

また、これらを調査・確認されることについて、世帯員の承諾を得ています。