

難聴児補聴器給付申請書						
益田市長		様		申請日 年 月 日		
				(申請者) 住 所		
				氏 名		
				児童との続柄()		
				電話番号		
下記のとおりに補聴器の給付を申請します。 また、補聴器給付費（公費負担額）について、以下の業者が代理受領することを承諾します。						
対 象 児 童	住 所					
	フリガナ 氏 名					
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	
給 付 を 希 望 する補聴器の種類						
購 入 を 希 望 す る 業 者 名	名 称					
	所在地					
	電話番号					
身体障害者手帳の 申請の有・無		有 ・ 無				
過去 5 年間の 補聴器の購入状況		右（ 有 ・ 無 ） 年 月 購入 左（ 有 ・ 無 ） 年 月 購入 ☐ 益田市難聴児補聴器給付事業による給付 ☐ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づ く補聴器の支給 ☐ 自費				
備 考						