

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				
<p>下記のとおり補聴器の給付を申請します。                      補聴器の給付決定に必要な範囲において、私の世帯の課税資料及び補聴器の購入状況等について市が関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。                      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。</p>						
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 <input type="checkbox"/> 益田市難聴児補聴器給付事業による給付 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 自費				
備 考						