

中等度難聴児発達支援事業 補聴器購入費助成申請書

申請日 年 月 日

江戸川区長 殿

(申請者)

住所 江戸川区

保護者氏名

児童との続柄

連絡先

(電話・FAX)

下記のとおり補聴器購入費の助成を申請します。

助成の審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務関係資料その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

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意見書のとおり		
購入を希望する業者	名 称 所 在 地 電話番号		
対象児童名		児童の生年月日	年 月 日
身体障害者手帳（聴覚障害）の該当		有 ・ 無	
生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()	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 <input type="checkbox"/> 中等度難聴児発達支援事業 <input type="checkbox"/> その他 ()