

軽度・中等度難聴児補聴器等購入補助金交付申請書

年 月 日

水戸市長 様

住所
氏名
連絡先
続柄

軽度・中等度難聴児補聴器等購入補助金の交付を受けたいので、水戸市軽度・中等度難聴児補聴器等購入補助金交付要項第 5 条の規定により、次のとおり申請をします。

なお、審査に必要となる私の世帯の住民登録状況、課税資料、補聴器購入状況その他について、関係機関に調査、照会、閲覧及び報告することを承諾します。

対 象 児 童	ふりがな 氏 名	
	生年月日	
購入を希望する 補聴器等の種類		
希 望 す る 補 聴 器 等 販 売 業 者	名 称	
	所 在 地	
	電話番号	
身体障害者手帳 申 請 の 有 無	有 ・ 無	
過 去 5 年 間 の 補 聴 器 等 購 入 状 況	左（購入：有 ・ 無 ）	年 月 日 購入
	右（購入：有 ・ 無 ）	年 月 日 購入
	☐ 自費購入	
	☐ 軽度・中等度難聴児補聴器等購入補助金による購入 (前回の補助決定日：)	
	☐ 障害者総合支援法に基づく補助具の給付	
	☐ 労働者災害補償保険法	

※太枠内を記入してください。

見積額	基準額	補助対象経費	補助金申請額	申請者負担額

添付書類

- 1 軽度・中等度難聴児補聴器等購入補助金交付医師意見書（イヤーマールドのみを購入する場合を除く。）
- 2 補聴器等の見積書
- 3 申請者及び対象児童の属する世帯の住民票の写し（公簿等により確認できる場合を除く。）