

様式第 1 号（第 5 条関係）

春日部市難聴児補聴器購入費等助成金交付申請書

年 月 日

春日部市長 あて

申請者
(保護者)

住 所 春日部市

氏 名

対象児童との続柄（ ）

電話番号

春日部市難聴児補聴器購入費等助成金交付要綱第 5 条の規定により次のとおり春日部市難聴児補聴器購入費等助成金の交付申請をいたします。

対象児童	住 所	春日部市		
	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
購入（修理）を希望する補聴器の種類				
購入（修理）を希望する業者名	名 称			
	所在地			
	電話番号			
聴覚障害に係る身体障害者手帳の申請の有・無		有・無 ※身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めています。		
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 ☐ 難聴児補聴器購入費等助成事業による交付 ☐ 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装具費（補聴器）の支給 ☐ その他（ ）		
備 考				

※ 春日部市難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書及び見積書を添付して下さい。

※ 助成金の交付申請に関する審査のため、所属する世帯の住民登録資料、補聴器の購入状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

署 名