様式第１号（第６条関係）

三種町軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成申請書

年　　月　　日

三種町長　様

申請者　住　所

氏　名

対象者との続柄（　　）

電　話

下記のとおり三種町軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成について申請します。
なお、購入費の支給申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、調査・照会・閲覧することを承諾します。

対象者	住　所						
	フリガナ 氏　名						
	生年月日	年　月　日	年齢	歳	電話		
購入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						
身体障害者手帳の申請の有・無	有・無 ※障害者総合支援法に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めることがあります。						
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 □ 三種町軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成事業による交付 □ 難聴児補聴器購入費等助成事業による交付 □ 障害者総合支援法に基づく支給 □ その他						
備　考							

添付書類

（１）身体障害者福祉法第１５条第１項の規定により、都道府県知事の定める医師が作成した医学的判定意見書(様式第２号)

（２）（１）の意見書に基づき、認定補聴器技能者の在籍する補聴器販売事業者等が作成した補聴器の見積書

（３）その他町長が必要と認める書類