

様式第 1 号（第 5 条関係）

大牟田市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

大牟田市長 殿		申請日		年	月	日
(申請者)						
住 所						
氏 名						
対象児との続柄						
電話番号						
次のとおり軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金の申請をします。 なお、助成金の交付決定のために、私の世帯の住民登録資料、課税資料、補聴器の購入状況その他について、各関係機関に調査、照会及び閲覧することを承諾します。						
対象児	住 所					
	ふりがな					
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女
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					
	電話番号		FAX			
見 積 額		円				
身体障害者手帳申請の有無		有 ・ 無 ※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等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書の添付を求めることがあります。				
備 考						

備考 提出に当たっては、次の書類を添付してください。

- 1 大牟田市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成医師意見書（様式第 2 号）
- 2 医師の処方に基づいて作成された補聴器の見積書
- 3 世帯全員の市町村民税の状況が分かる書類（他の市町村で課税されている場合のみ。）