

奈良市難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

（宛先）奈良市長

申請者（保護者）
住 所

氏 名

助成対象児との続柄

電話又はFAX 番号

奈良市難聴児補聴器購入費助成金交付要領第8条の規定により下記のとおり申請します。

記

フリガナ 助成対象児			生年月日	年 月 日生 (歳)
住 所				
助成対象児の 扶養義務者			続柄	
購入を希望する 補聴器の種類	別紙、意見書のとおり（様式第2号）			
購入を希望する 業 者 名	名 称 所在地 電話番号 FAX 番号			
身体障害者手帳の 申 請 の 有 無	有（ 年 月申請） ・ 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（障害者総合支援法）に基づ く給付を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めています。			
生活状況等	☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 医療機関	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助成金交付 ☐ 障害者総合支援法に基づく補聴器の給付 ☐ その他	
備 考				