様式第1号（第5条関係）

年　　月　　日

八頭町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成金交付申請書

　八頭町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象児童との続柄（　　　）

　八頭町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業実施要綱第５条の規定により下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| いずれかに○をしてください。 | 補聴器の購入　・　補聴器の再購入補聴器の修理（破損理由：　　　　　　　　　　　　　） |
| フリガナ対象児童名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生（　　歳） |
| 住　　所 |  |
| 対象児童の保護者名 |  | 続柄 |  |

添付書類

（１）補聴器購入

1. 身体障害者福祉法第15条第１項の規定による指定医師が記載した医師意見書（様式第２－１号）
2. 意見書の処方に基づいて補聴器専門店が作成した見積書

（２）補聴器修理

1. 補聴器専門店が作成した見積書

（３）補聴器再購入

1. 身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師が記載した医師意見書（様式第２－１号）ただし、町長の判断により省略することができる。
2. 補聴器専門店が作成した見積書
3. 紛失・破損理由届（様式第２－２号）