

様式第1号（第8条関係）

中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費助成申請書

(宛先) 板橋区長  (申請者) 住所  氏名 対象児童との続柄 連絡先	申請日   年   月   日			
下記のとおり補聴器購入費の助成を申請します。				
購入を希望する 補聴器の種類	別紙、中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費助成意見書のとおり			
購入を希望する 補聴器業者	名称 所在地 電話番号			
フリガナ	生年月日                      年   月   日			
対象児童氏名	生年月日                      年   月   日			
対象児童住所	板橋区 <input type="checkbox"/> 申請者と同一			
身体障害者手帳（聴覚障がい）の申請の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
生活状況等	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> 在宅  <input type="checkbox"/> 施設  <input type="checkbox"/> 医療機関                         </td> <td style="width: 30%;">                             最近5年間の 補聴器の購入 の状況                         </td> <td style="width: 50%;">                             右（有・無）                      年   月   日購入                              左（有・無）                      年   月   日購入  <input type="checkbox"/> 中等度難聴児発達支援事業  <input type="checkbox"/> 補装具費支給制度  <input type="checkbox"/> その他（                      ）                         </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関	最近5年間の 補聴器の購入 の状況	右（有・無）                      年   月   日購入 左（有・無）                      年   月   日購入 <input type="checkbox"/> 中等度難聴児発達支援事業 <input type="checkbox"/> 補装具費支給制度 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関	最近5年間の 補聴器の購入 の状況	右（有・無）                      年   月   日購入 左（有・無）                      年   月   日購入 <input type="checkbox"/> 中等度難聴児発達支援事業 <input type="checkbox"/> 補装具費支給制度 <input type="checkbox"/> その他（                      ）		
助成の審査のため、私の世帯の住民登録・税務関係資料その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することに	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない  署名			

(区記入欄)世帯内最多課税者の区民税所得割額：  非課税・生保 /  46万円未満 /  46万円以上