

年 月 日

（宛先）高松市長

（申 請 者）
住所
電話番号
氏名
交付対象児との続柄

高松市難聴児補聴器購入費用助成金交付申請書

高松市難聴児補聴器購入費用助成金の交付を受けたいので、高松市難聴児補聴器購入費用助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により申請します。

なお、当該助成金の交付審査のため、私の世帯の住所登録資料、補聴器の購入状況について、他市町村など関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

購入等を希望する 補聴器の種類			
購入等を希望する 業者名	名称 所在地 電話番号		
交付対象児の氏名			
身体障害者手帳の 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（旧障害者自立支援法）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用助成金交付 ☐ 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（旧障害者自立支援法）に基づく補聴器の支給 ☐ その他
備 考			