

第1号様式（第8条関係）

郡山市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成申請書

年 月 日

郡山市長

住所  
申請者 氏名  
個人番号  
対象者との続柄  
電話

難聴児補聴器購入費等の助成を受けたいので、郡山市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり補聴器購入費・修理費の助成を申請します。

フリガナ			
助成対象児氏名	個人番号：	生年月日	年 月 日
助成対象児住所	〒 電話番号		
購入又は修理を希望する補聴器の種類	別添難聴児補聴器購入費等助成事業意見書（第2号様式）のとおりに記入		
希望する補聴器業者	名称： 所在地： 電話番号：		
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の添付を求めています。		
世帯の状況	1 同一世帯に市町村民税所得割額46万円以上の方がいる世帯 2 上記1以外の世帯		
最近5年間の補聴器の購入状況	左（購入：有・無）	年 月 日	購入
	右（購入：有・無）	年 月 日	購入
	<input type="checkbox"/> 自費購入 <input type="checkbox"/> 難聴児補聴器購入費等助成事業による給付		
備考	申請者氏名は、自署又は記名押印してください。		

利用者負担額の認定のため、郡山市福祉事務所長が当該申請者の属する世帯の構成員に係る住民基本台帳、個人番号の取得、課税状況及び生活保護受給状況について公簿等によって確認することに同意します。

※氏名は自署又は記名押印してください。

世帯員氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 (      )

個人番号 :

世帯員氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 (      )

個人番号 :

世帯員氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 (      )

個人番号 :

世帯員氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 (      )

個人番号 :

世帯員氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 (      )