様式第１号（第６条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 台帳番号 |  |

豊岡市補聴器購入費助成事業助成金交付申請書

豊岡市長　　様

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補聴器購入費助成事業の助成を受けたいので、豊岡市補聴器購入費助成事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。 | | | | 申請日 | 年　　月　　日 | |
| 申　請　者  (対　象　者) | フリガナ  氏名 |  | | | 年　　月　　日生  (　　　歳) | |
| 住所 | 〒　　　－ 電話番号　　　　－　　　　－ | | | | |
| 申請者（対象者）住所以外への関係書類送付を希望する場合 | 氏名 |  | | | 続柄 |  |
| 住所 | 〒　　　－ 電話番号　　　　－　　　　－ | | | | |
| 申請者（対象者）  以外へ送付する理由 | |  | | | |
| 補聴器の調整を行う  認定補聴器技能者  又は言語聴覚士氏名 |  | | | 店舗名等 |  | |
| 市が本事業の助成認定の審査を行うに当り、その判断材料とするため聴覚障害による身体障害者手帳の交付状況等について、関係機関への調査、照会及び関係書類（電子データを含む。）を閲覧することを承諾します。  代筆の場合、代筆者は、申請者本人の意思を確認し代筆しました。  　　　　　年　　　月　　　日  申請者（対象者）本人署名：  代筆者：　　　　　　　　　　　　　　　続柄：　　　　　電話番号：  本人が自署できない理由：□身体的理由　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | | | |

※市確認欄（以下は記入しないでください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 | 添付書類 | □医師意見書 | |
| □補聴器購入の見積書 | |
| □補聴器の型番(医療機器認証番号)がわかる書類 | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 要件 | 現在までの当助成の交付の有無 | □あり　　□なし |
| 身体障害者手帳の交付の有無 | □あり　　□なし |
| 送付先変更 | □送付先本人確認 | |