

## 難聴児補聴器購入等助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 仙台市長

次のとおり申請します

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	居住地	〒			
		電話番号			
フリガナ		生年月日	年 月 日		
助成対象児氏名			申請者との続柄		
補聴器の使用の状況	右耳 (使用している・使用していない) 購入方法: <input type="checkbox"/> 難聴児補聴器購入等助成事業による購入 <input type="checkbox"/> 自費での購入 購入年月日: 年 月 日 左耳 (使用している・使用していない) 購入方法: <input type="checkbox"/> 難聴児補聴器購入等助成事業による購入 <input type="checkbox"/> 自費での購入 購入年月日: 年 月 日				

※ 申請者は、助成対象児の保護者です。

## 申請に係る補聴器について

助成対象経費	<input type="checkbox"/> 補聴器購入費 (右・左) <input type="checkbox"/> FM型受信機 (右・左) <input type="checkbox"/> FM型用ワイヤレスマイク <input type="checkbox"/> オーディオシュー (右・左) <input type="checkbox"/> イヤモールド交換費 (右・左)
希望する補聴器業者	
助成金の受領方法 (予定)	助成金の請求及び受領を補聴器業者に <input type="checkbox"/> 委任する <input type="checkbox"/> 委任しない

## 助成金の額について

<input type="checkbox"/> 助成対象児が生活保護受給世帯に属する (生活保護証明書を提出してください。) <input type="checkbox"/> 助成対象児が市町村民税非課税世帯に属する <input type="checkbox"/> 上記のいずれにもあてはまらない
--

決定にあたり必要な場合には、仙台市が私及び私の属する世帯員の資産又は収入状況について調査することに同意します。

申請者同意署名欄

氏名	印
----	---

※ 1月1日現在の住所が仙台市以外の場合は、世帯員全員の市町村民税課税 (非課税) 証明書を提出してください。