

様式 1

旭川市軽度・中等度難聴児補聴器等給付申請書

(宛先) 旭川市長

年 月 日

住所

申請者氏名

(対象児童との続柄)

電話番号

FAX

軽度・中等度難聴児補聴器等給付（購入・修理）を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、私の世帯の住民登録資料，課税資料，補聴器購入状況その他について、旭川市軽度・中等度難聴児補聴器等給付決定の審査に必要な範囲で関係機関に調査，照会，閲覧，報告することに同意するとともに、決定内容について次の補聴器販売事業者へ通知することに同意します。

対象児童	ふりがな		
	氏名	年 月 日生 (歳)	
	住所	電話番号	
希望する補聴器販売事業者	名称		
	所在地		
身体障害者手帳の有無	有・無 (手帳内容)		
過去 5 年間の補聴器購入歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (購入日と購入方法を記入して下さい) 右耳(年 月 日購入⇒ <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴児補聴器等給付事業 <input type="checkbox"/> その他) 左耳(年 月 日購入⇒ <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴児補聴器等給付事業 <input type="checkbox"/> その他)		
所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上		