

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成申請書

(あて先) 千葉市長

申請日 年 月 日

(申請者)

住所

氏名

(対象児童との続柄)

T E L

F A X

メールアドレス @

下記により補聴器購入費用の助成を申請します。

購入を希望する 補聴器の種類	別紙、軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業医師意見書のとおり (様式第2号の1 又は 様式第2号の2)				
購入を希望する 補聴器業者	名 称 所 在 地 電 話 番 号				
対象児童	住 所				
	フリガナ		性 別	生 年 月 日	
	氏 名		男 ・ 女	年 月 日 (歳)	
身体障害者手帳 の 有 ・ 無	有 ・ 無 ・ 現在手続き中				
生活状況	☐ 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 ☐ 千葉市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成制度 ☐ 障害者総合支援法に基づく補装具費の支給 ☐ その他		
世帯の状況	氏名			氏名	
	氏名			氏名	
備考					