

様式第1号 (第5条関係)

伊達市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等給付申請書

年 月 日

(宛名) 伊達市長

申請者 (対象児童の保護者)

住所 伊達市

氏名

※対象児童との続柄 父・母・その他 ()

電話番号

次のとおり伊達市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等給付事業実施要綱第5条の規定に基づき補聴器購入費等の給付を申請します。

対象児童	フリガナ 氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日	性別	
購入又は修理を 希望する補聴器名				
購入又は修理の別				
希望する 事業者	名 称			
	所 在 地			
	電話番号			
備 考				

【添付資料】

- ・伊達市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等給付事業医師意見書 (様式第2号) (購入費の助成を受ける場合のみ)
- ・補聴器事業者が作成した見積書

同意書

上記申請書の提出にあたり、伊達市が私の世帯の住民基本台帳、住民税課税台帳等、調査に必要な公簿を閲覧することに同意します。

世帯主 (又は申請者) 氏名 _____