

## 補聴器交付申請書

平成 年 月 日

島本町長 様

申請者（保護者） 住 所 島本町

氏 名 ⑩

（※自署又は記名押印）

対象児童との続柄（ ）

電話番号

次のとおり、島本町軽度難聴児補聴器交付事業実施要綱に基づく補聴器の交付を申請します。

また、受給資格の確認のため、世帯状況・課税状況等について、関係台帳等により確認することを承諾します。

1	対象児童	氏 名		男・女		年 月 日生（ ）歳
2	申請内容	交 付 区 分	□購入 □修理			
		補聴器の種類等	補聴器の種類	□ポケット型 □耳かけ型 □耳あな型		
			装着箇所	□右耳 □左耳 □両耳		
		(修理の場合)	修理する部位			
	見積額及び台数	見 積 額		円	台 数	□1台 □2台
3	申請要件	対 象 児 童	□両耳の聴力が30デシベル以上です。			
			□障害者総合支援法に基づく補装具の支給の対象ではありません。			
			□大阪府難聴児補聴器交付事業の対象ではありません。			
			□申請書提出日現在、18歳未満です。			
	過去の交付実績	□これまで本事業の交付申請をしたことはありません。				
		□過去に交付を受けていますが、前回交付決定日から5年以上経過しています。 (前回の交付決定日：平成 年 月 日)				
4	補聴器業者名	(補聴器業者は、島本町軽度難聴児補聴器交付事業届出業者に限ります。)				
5	添付書類	□補聴器交付意見書(様式第2号)※修理の場合は不要 □補聴器業者の見積書(島本町長宛)				