

新宿区長 宛て

新宿区補聴器支給等 申請書

この申請書に記載した情報を委託事業者に提供すること及びこの申請に基づく資格認定等のために情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係情報の情報連携を利用することに同意の上、下記のとおり、新宿区補聴器支給等を申請します。

<input type="checkbox"/> 【本人】 ↑ 通知送付先に ✓	フリガナ		生年月日	明治	年	月	日生	歳
	氏名			大正	昭和			
	住所	〒 新宿区		電話番号				

<input type="checkbox"/> 【申請者】本人が申請した場合は、記入不要です。 ↑ 通知送付先に ✓	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
	住所	〒		電話番号

通知送付先にチェックがない場合は申請者に送付します。

申請理由	耳の聞こえの状態、難聴が始まった時期、補聴器装用経験等をご記入ください。		
助成種別 どちらかひとつに✓	補聴器の支給	補聴器購入費の助成	
添付書類確認	受診結果報告書	聴力検査結果表	
5年以内の支給歴	あり	なし	
5年以内に 支給を受けた耳	右耳	左耳	両耳

申請書提出の際、事前に耳鼻科医に受診して受診結果報告書と聴力検査結果表を添付してください。

----- 区 処 理 欄 -----

支給要件	本事業において過去5年間に補聴器の支給を受けていない 障害者の制度の支給対象者ではない 経過措置の対象	受付者
------	---	-----

受給者負担の有無	あり なし	受給者負担 該当要件	非課税 生活保護
住民番号		決定番号	

課長	係長	係員