

京都市難聴児補聴器購入費助成申請書

(あて先)京都市長	申請年月日 年 月 日
申請者の居住地	申請者の氏名(署名,又は,記名押印) 印 続柄 () 電話番号 -

京都市難聴児補聴器購入費助成事業実施要綱第5条の規定により,購入費の助成を申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
対象者の氏名		性別	☐ 男 ☐ 女
申請個数	個 (☐ 右 ☐ 左 ☐ 両耳)		
希望する事業者名			
過去に本事業での助成を ☐ 受けていない ☐ 受けた (年 月)			

○ 対象者要件確認のための同意

助成の対象者要件確認のため,下記の市民税課税状況等について,申告し,京都市が確認することに同意します。

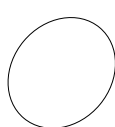
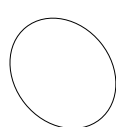
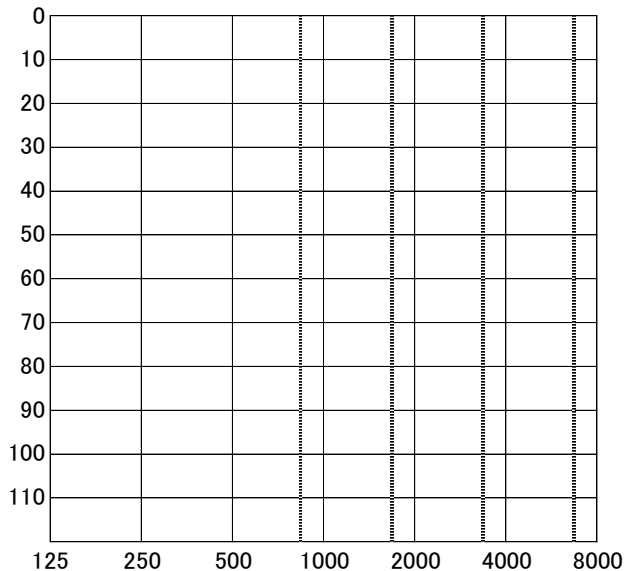
続柄	氏名	市民税の状況	同意
(申請者)	上記申請者と同じ	☐ 課税 (所得割額 円) ☐ 非課税	印
(対象者)	上記対象者と同じ	☐ 課税 (所得割額 円) ☐ 非課税	印
		☐ 課税 (所得割額 円) ☐ 非課税	印
		☐ 課税 (所得割額 円) ☐ 非課税	印
		☐ 課税 (所得割額 円) ☐ 非課税	印
		☐ 課税 (所得割額 円) ☐ 非課税	印

(注) 該当する口には,☑を記入してください。

(記入上の注意)

- 1 申請者については,児童の保護者とします。
- 2 不実の申請をした場合,助成決定の取消し及び助成金の返還を命ずることがあります。

京都市難聴児補聴器購入費助成医師意見書

氏名				生年月日			
住所							
傷病名		(発症年 月 日)					
経過及び現症						 	
		1伝音性難聴 2感音性難聴 3混合性難聴					
聴力レベル (会話音域の平均聴力レベル)		右 dB		聴力検査(純音による検査) オーディオメーターの型式() 右…○ 左…×			
		左 dB					
補聴効果		右 有・無					
		左 有・無					
処方							
補聴器装用についての留意事項							
上記のとおり補聴器の適用を認める。							
年 月 日							
京都市長様							
(医療機関名)							
(医師名)							
						印	