

# 彰化縣政府新生兒助聽器補助申請表

申請類別：助聽器

申請時間： 年 月 日

兒 童	姓名	身分證字號	出生年月日		
	身分	<input type="checkbox"/> 為一般子女 <input type="checkbox"/> 為外籍配偶子女 <input type="checkbox"/> 為大陸配偶子女 <input type="checkbox"/> 為原住民子女			
	戶籍地址				
家 長	姓名	身分證字號	聯絡電話(行動電話)		
	聯絡地址				
	與兒童之關係	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 寄養父母 <input type="checkbox"/> 實際照顧者 <input type="checkbox"/> 其他(請註明關係):			
檢 附 證 件	下列證明文件請依序排列並裝訂於左上角： <input type="checkbox"/> 1. 本申請表。 <input type="checkbox"/> 2. 診斷證明書(須由醫師註明確需助聽器)。 <input type="checkbox"/> 3. 兒童或申請人郵局存簿封面影本。 <input type="checkbox"/> 4. 戶口名簿影本。 <input type="checkbox"/> 5. 購買助聽器開立之費用單據正本。				
兒童_____經_____醫院診斷出 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 全耳需配戴助聽器，現申請彰化縣政府補助新生兒助聽器補助計畫，惠請准予補助，使用期間將妥善運用。					
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px;">                     家長簽章：_____                 </div>					
審 核 結 果	通 過	<input type="checkbox"/> 本府同意補助助聽器_____元			
	不 通 過	<input type="checkbox"/> 經本府審查，不予補助		核章	
				承辦人	
				科 長	
		副處長			
		處 長			

註：助聽器：最高補助 1 萬元