

藍住町長 様

藍住町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

藍住町高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

私は、この申請に関して私の住民基本台帳の情報、町税及び国民健康保険税の納付状況、聴覚障害による身体障害者手帳の交付の有無等について、町が調査を行うことに同意します。

申請者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日 (歳)
	住 所	※自署又は記名押印をお願いします。 藍住町	
	電 話 番 号		
対 象 要 件	身体障害者手帳 (聴覚) の交付の有無 <input type="checkbox"/> なし		

※代筆した場合は、次の欄に記入してください。

私は、本人の意思を確認した上で、代筆しました。

氏 名 _____ (申請者との続柄) _____
 ※自署又は記名押印をお願いします。

住 所 _____

電話番号 _____

※補聴器販売事業者が作成した見積書、補聴器本体の製品名 (型番) 等が分かる書類を添付すること。

※医師による証明欄 (裏面) 及び見積書は、申請書の提出日の前3月以内に証明され、又は発行されたものであること。

【町記入欄】

- 申請時において満65歳以上の者
- 町税等を滞納していない者
- 聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象とならない者
- 両耳の聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満で、耳鼻咽喉科を標ぼうする医師により、補聴器の使用の必要性を認められた者
- 過去に本事業の助成を受けていない者

(医師による証明欄は裏面)

医師による証明

対象者氏名 _____

聴力レベル 右耳：_____dB 左耳_____dB

上記の者は、両耳の聴力レベルが 40 デシベル以上 70 デシベル未満であり、補聴器の使用が必要であると認めます。

医療機関 所在地 年 月 日
名称
医師氏名 印
電話番号