

安芸市長 様

安芸市高齢者補聴器購入補助金交付申請書

安芸市高齢者補聴器購入補助金交付要綱第 5 条の規定により、下記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及び、私が安芸市に納付すべき介護保険料の納付状況、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況等について、健康介護課長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			大正 ・ 昭和 年 月 日( 歳)
	住所	〒 — (電話番号 )		
	対象要件	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(聴覚)なし <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に属している <input type="checkbox"/> 介護保険料に滞納がない <input type="checkbox"/> 過去に本事業の補助を受けていない		
記入者 (申請者と異なる場合)	氏名		対象者との関係	
	住所	〒 — (電話番号 )		

※認定補聴器専門店が作成した見積書を添付すること。

※医師による証明欄及び見積書は、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。

医師による証明	
対象者氏名 _____	
上記の方は、以下のいずれかの状態に該当し、補聴器が必要であると認めます。	
<input type="checkbox"/> 両耳の聴力が 40dB 以上 70dB 未満である。 (右耳：          dB ,      左耳          dB)	
<input type="checkbox"/> 一側耳の聴力が 40dB 以上かつ他側耳の聴力が 70dB 以上である。 (右耳：          dB ,      左耳          dB)	
年 月 日	
医療機関	所在地
	名称
	医師氏名
	電話番号
	印