

高齢者補聴器購入補助金交付申請書

甲賀市長 あて

次のとおり甲賀市高齢者補聴器購入補助金交付要綱第3条第1項の規定により申請します。なお、申請に当たり、次に掲げる事項について同意します。

- 1 助成の対象者となるか否かの確認のために、市が世帯の住民税課税状況及び身体障害者手帳（聴覚障害）取得状況等を確認（調査）すること。
- 2 交付申請時及び補聴器使用一定期間経過後に日常生活活動・コミュニケーションについてのアンケートに協力すること。

【申請者（対象者）】

| | | | |
|--|---|------|----------------------------------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） |
| 氏 名 | | 電話番号 | |
| 住 所 | 〒 | | |
| 対象要件 ※確認のため 該当する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 | 世帯の住民税課税状況等 | | <input type="checkbox"/> 世帯全員非課税 |
| | 他制度で同様の助成を受けられるか | | <input type="checkbox"/> 受けられない |
| | 過去に当事業の助成を受けたことがあるか | | <input type="checkbox"/> ない |
| 添付書類 ※確認のため 該当する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 | <input type="checkbox"/> 医師意見書（様式第2号。医師が補聴器の使用の必要性を認める旨を記載したものに限る。） <input type="checkbox"/> 補聴器の見積書（宛名が対象者のものに限る。） <input type="checkbox"/> 補聴器のパフレット等 <input type="checkbox"/> 世帯の住民税課税状況が確認できる書類（本市で確認できない場合に限る。） | | |

【申請書提出者（通知送付先）】（申請者と同じ場合は記載不要）

| | | | |
|------|---|---------|--|
| フリガナ | | 電話番号 | |
| 氏 名 | | 申請者との関係 | |
| 住 所 | 〒 | | |