

島本町高齢者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

島本町長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

対象者との関係（ _____ ）

補聴器購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、対象要件の確認のため、住民登録・課税・身体障害者手帳に関する情報を町が確認することに同意します。

対象者	(ふりがな)		生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名		月 日		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他(島本町 _____)			
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他(_____)			
	対 象 要 件 の 確 認	↓ 該当項目 (<input type="checkbox"/>) にチェックを付けてください。(※1) <input type="checkbox"/> <u>世帯全員の当該年度分の市町村民税が非課税である。(※2)</u> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(聴力障害)を取得していない。 <input type="checkbox"/> 他の制度で補聴器購入費の助成が受けられない。 <input type="checkbox"/> この事業による助成を過去に受けたことがない。 <input type="checkbox"/> この制度での補聴器購入はこれからである。(※3)			

注) 申請書には補聴器の「見積書」を添付してください。

※1 対象要件は上記のいずれにも該当している必要があります。

※2 申請日が4月から6月までの場合は前年度分の市町村民税となります。

※3 補聴器は当該申請に基づく助成決定を受けた後に購入し、先に全額を支払った上で助成金を町に請求してください。助成決定前に購入されたものは対象とならないので注意してください。

↓下の「医師の記入欄」は耳鼻科医が記入。※医師の記入後、「3か月以内」に申請してください。

【医師の記入欄】 ※耳鼻科医が記入（診断書・意見書の添付でも可）

対象者氏名	
聴 力 等 の 要 件 確 認	↓該当項目 (<input type="checkbox"/>) にチェック (<input checked="" type="checkbox"/>) を付けてください。 <input type="checkbox"/> 両耳の聴力レベルがそれぞれ40デシベル以上である。 <input type="checkbox"/> 補聴器の使用が必要。【→ <input type="checkbox"/> 右耳、 <input type="checkbox"/> 左耳、 <input type="checkbox"/> 両耳】
記 入 医 師	記入日： _____ 年 月 日 医療機関名： 所在地： 電話番号： 医師氏名： 印 (※署名の場合は押印不要)