

大田市長 様

申請者 住 所
氏 名

連絡先 _____

大田市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

大田市高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり大田市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第 5 条の規定により申請します。

なお、助成金の交付決定に際して、市長が私の身体障害者手帳の取得状況、市町村民税の課税状況及び生活保護受給状況について調査することに同意します。

記

1 助成金交付申請額 円

2 助成対象者

住 所			
氏 名		生年月日	年 月 日
対 象 要 件	<input type="checkbox"/> 65 歳以上の者 <input type="checkbox"/> 聴覚障害による身体障害者手帳（同法別表第 2 号に規定する障害に係るものに限る。）の交付を受けていない者及び交付の該当にならない者 <input type="checkbox"/> 市町村民税が非課税である者又は生活保護を受給している者		
購入予定の補聴器	製品名		
	販売事業者名		

3 医師の意見

診断結果 ※ <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします	<input type="checkbox"/> 両耳の聴力レベルが 40 デシベル以上で、かつ身体障害者福祉法第 15 条第 4 項の規定による身体障害者手帳の交付の該当とならない。 <input type="checkbox"/> 補聴器の装着により、日常生活上の円滑なコミュニケーションを図り、積極的な社会参加の促進が期待できる。
年 月 日	医療機関 所在地 名 称 医師氏名

4 添付書類

- (1) 販売業者が作成した見積書等の写し
- (2) その他市長が必要と認める書類