様式第1号（第5条関係）

上里町高齢者補聴器購入費補助申請書

　　年　　月　　日

上里町長　様

　下記の通り、高齢者補聴器購入費補助を申請します。なお、補助対象確認のため、町が身体障害者手帳の取得状況や世帯の町税等の滞納を調査することに同意します。

【申請者（補聴器利用予定者）】※事前にご記入のうえ、耳鼻咽喉科へお持ちください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日（年齢） | 年　　月　　日　（　　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　－上里町大字　　　　　　　　番地 |
| 電話番号 |  |

【医師意見欄】※耳鼻咽喉科の先生に記入してもらってください。文書作成料は申請者負担となります。

　**上記申請者は中等度難聴であり、補聴器の装用が有効です（障害者手帳には非該当）**

※下記のいずれかに☑をお願いします

□　両耳の聴力レベルが中等度難聴(40db以上、70db未満)です

□　上記に該当しないが補聴器の装用が有効です

理由

記載日　　　　　年　　月　　日

医療機関　　所　在　地

　　　　　　名　　　称

　　　　　　耳鼻咽喉科医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役場チェック欄 | 申請時、町内に住民票がある65歳以上である | □該当　　□非該当 |
| 管理医療機器としての2万円以上の補聴器を購入する | □該当　　□非該当 |
| 身体障害者（聴覚）の補聴器支給に相当しない | □該当　　□非該当 |
| 本人及び世帯員に町税等の滞納がない | □該当　　□非該当 |
| 過去5年度以内に同補助金の受給がない | □該当　　□非該当 |