

内子町長 様

内子町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

内子町高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第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、私が内子町に納付すべき町税等、介護保険料及び後期高齢者医療保険料の納付状況、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況等について、保健福祉課長が調査を行うことに同意します。

記

申請者	フリガナ			
	氏 名			
	住 所	〒 - 喜多郡内子町 (電話番号:)		
	対象要件	身体障害者手帳（聴覚）の有無 ☐ なし		
記入者 (申請者と異なる場合)	氏 名		申請者との関係	
	住 所	〒 - (電話番号:)		

- ※ 補聴器販売事業者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、両耳の聴力が40dB以上70dB未満又は片耳の聴力が70dB以上であるため、補聴器が必要であると認めます。 (右耳: _____dB 、左耳: _____dB) ※両耳の聴力が40dB未満でも補聴器が必要と判断される場合は、次に理由を記載してください。 理由: _____ 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 医師氏名 電話番号	