

様式第 1 号 (第 5 条関係)

年 月 日

中土佐町長様

中土佐町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

中土佐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、次のとおり申請します。また、私は、この申請に関して私の住民基本台帳の情報、私の中土佐町に納付すべき町税、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、健康福祉課長が調査を行うことに同意します。

申請者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		大正・昭和 年 月 日 ( 歳)	
	住 所	〒 — 中土佐町 (電話番号)		
	支給要件	身体障害者手帳(聴覚)の有無 <input type="checkbox"/> 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	
<p>対象者氏名： _____</p> <p>上記の方は、片耳の聴力が 40dB 以上 70dB 未満であるため、補聴器が必要であると認めます。</p> <p>(右耳： _____ dB , 左耳 _____ dB)</p> <p>※片耳の聴力が 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。</p> <p>理由： _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関 所在地 名称 医師氏名、 電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p>	

#### 添付書類

- 補聴器販売事業者が作成した補聴器本体の購入費用額がわかる見積書
- 販売事業所の資格証明書の写し または 認定補聴器技能者の認定証の写し
- その他町長が必要と認める書類