

様式第 1 号

枚方市高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

年 月 日

高齢者補聴器購入費用の助成を受けたいので、枚方市高齢者補聴器購入費補助金につきまして、次のとおり申請します。

また、この補助金の交付の可否を決定するにあたり、申請者が属する世帯のすべての者の住民基本台帳、市民税課税状況及び申請者の身体障害者手帳交付の有無について、枚方市が調査することに同意します。

申請者（対象者）

氏名	フリガナ
住所	枚方市
生年月日	明・大・昭 年 月 日
電話番号	()

以下の項目について、ご記入ください。

課税状況	該当する項目に☑をしてください。 ・申請者は市民税非課税世帯に該当しますか。 ※ 申請日が4月1日から6月30日までの場合は、前年度の課税状況とするが、申請年度の課税状況が確認できる場合は、その限りではない。 ☐ はい ☐ いいえ※助成対象外です。
身体障害者手帳の交付	該当する項目に☑をしてください。 ・申請者は聴覚障害による障害者手帳の交付を受けていますか。 ☐ いいえ ☐ はい※助成対象外です
購入を希望する補聴器の種類と名称	購入を希望する補聴器の種類と名称 ☐ 耳あな型 ☐ 耳かけ型 ☐ ポケット型 ☐ その他 名称：
購入予定販売店名	別紙見積書のとおり ※必ず購入予定販売店で見積書を作成してください。
医師の証明書	証明書（様式第2号）のとおり ※証明日から3月以内のもの

※申請前に購入した補聴器は対象外です。交付決定通知が届いてから購入してください。

裏面に続く

証 明 書

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日
・該当するチェック欄（□）に✓印をご記入ください。 □ 両耳とも中等度（40 dB以上 70 dB未満）の難聴 その他意見欄 上記の者は、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。 年 月 日 所在地 _____ 医療機関名 _____ 医師氏名 _____ (印) (署名の場合は押印不要) 電話番号 _____	

※文書料は申請者の自己負担です。

※身体障害者手帳交付対象者は、枚方市高齢者補聴器購入費補助金の対象になりません。