

(表)

様式第1号 (第5条関係)

年 月 日

四万十市長 様

四万十市高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

四万十市高齢者補聴器購入費補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。また私は、この申請に関して私の世帯の住民登録資料、税務資料、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況、補聴器の購入状況その他について、市が閲覧・調査することを承諾します。

申請者	ふりがな			
	氏名	大正・昭和 年 月 日 (歳)		
	住所	(電話番号)		
記入者 (代筆等)	氏名		申請者との関係	
	住所	(電話番号)		

① 補助対象経費見積額	円
交付申請額 (①の金額の2分の1 (1円未満切り捨て) とし、5万円を限度とする額)	円

- ※添付書類 認定補聴器専門店等による見積書
 認定補聴器専門店等の認定証書の写し
 その他 ()

対象要件の確認 (市で記入します)

- 四万十市の介護保険の被保険者
- 申請時において満65歳以上の者
- 申請をする日の属する年度 (申請月が4月、5月又は6月の場合は前年度) において、市民税非課税世帯に属する者
- 介護保険料の滞納をしていない者
- 耳鼻咽喉科を標榜する医師により、聴力低下のため日常生活に支障があり、補聴器の使用の必要性を認められた者
- 身体障害者福祉法第15条第4項に規定する聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象とならない者
- 片耳の聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満の者
- 過去に本事業の補助を受けていない者

(裏面に続く)

(裏)

医師（耳鼻咽喉科）による証明

下記の者は、片耳の聴力レベルが40dB以上70dB未満であり、日常生活に支障があるため、補聴器の使用の必要性を認めます。

・対象者氏名 _____

・聴力レベル（4分法） 右耳：_____dB 左耳 _____dB

・イヤモールドの必要性 有 無

年 月 日

医療機関

所在地

名称

医師氏名

Ⓔ