

年 月 日

須崎市長 様

須崎市高齢者補聴器購入費助成事業申請書

須崎市高齢者補聴器購入費の助成を受けたいので、須崎市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。また、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及び補聴器の購入状況について、閲覧・調査することを承諾します。

申請者	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			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)		

補聴器の見積額	円
申請額（上記見積額の2分の1以内の額とし、5万円を上限とする。）	円 (1,000円未満切捨て)

- ※添付書類 認定補聴器専門店等による見積書（申請日の前3月以内に発行されたものに限る。）
 認定補聴器専門店等であることの証明の写し
 市税の完納証明書
 申請者の属する世帯が非課税であることがわかる証明書
 その他（)

医師（耳鼻咽喉科）による証明

下記の者は、両耳ともに中等度難聴（平均聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満である難聴の程度をいう。）以上であり、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

年 月 日

医療機関

所在地

名称

医師氏名

Ⓔ

備考 申請日の前3月以内に証明されたものに限る。