

武蔵村山市高齢者補聴器購入費助成金申請書

年 月 日

武蔵村山市長 殿

武蔵村山市高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請に必要な要件の確認について、次の事項に同意します。

- ・ 住民基本台帳の閲覧をすること。
- ・ 課税台帳の閲覧をすること。
- ・ 聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況、聴覚障害による補聴器(補装具購入費等)の支給の有無を確認すること。

対象要件の確認 ※該当するものに☑	以下の全ての要件を満たしていないと申請できません。 <input type="checkbox"/> 武蔵村山市に住民票がある。 <input type="checkbox"/> 申請日以後の最初の3月31日までに、65歳以上に達する。 <input type="checkbox"/> 市町村民税が非課税である。 <input type="checkbox"/> 聴力検査の結果、耳鼻咽喉科医により補聴器の必要性が認められており、両耳の平均聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満である。 <input type="checkbox"/> 聴覚障害による補聴器(補装具購入費)の支給対象とならない。 <input type="checkbox"/> 過去5年以内に、本事業による補聴器購入費の助成を受けていない。
----------------------	---

申 請 者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒208- 武蔵村山市
	電話	- -
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
連 絡 先  <small>※申請者と異なる場合に記入</small>	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 -
	電話	- -

※ 申請する前に耳鼻咽喉科を受診し、医師意見書(第2号様式)の記入を受け、本申請書に添付してください。なお、医師意見書の取得に要する費用(診察料、検査料等を含む。)は自己負担となり、助成金の交付が受けられなかった場合でも返還は受けられませんので、あらかじめ御了承ください。