

様式第 1 号(第 5 条関係)

日の出町シニアはつらつ補聴器助成交付申請書

日の出町長 殿

以下のことに同意のうえ、補聴器購入費助成を申請します。

- ・町が補聴器助成の資格要件確認のため、本人に係る住民基本台帳上の情報、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況を確認すること。
- ・町が申請者に係る情報について、必要に応じ、医療機関又は補聴器販売店から提供を受け、又はこれらに提供すること。
- ・申請の内容に変更が生じたときや、補聴器の購入が不要となった場合は、速やかに町まで届け出ること。
- ・不正に助成を受けていたことが判明した場合等においては、助成の返還に応じること。

申 請 者	申 請 日	年 月 日
	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	日の出町大字
	生年月日	年 月 日生 () 歳
	電 話 番 号	
	対 象 要 件	次の要件をすべて満たす場合に対象となります。□にレ印を記入してください。 ☐ 日の出町に住所のある満 65 歳以上の方 ☐ 身体障害者手帳（聴覚障害）の交付対象ではない ☐ 過去 5 年以内に、本事業による助成を受けていない ☐ 中等度難聴（両耳の平均聴力が 40 デシベル以上 70 デシベル未満）以上、または、耳鼻咽喉科医から補聴器が有効だと認められた方

添付書類

- ☐ 医師意見書（オーディオグラム添付）
☐ 見積書の写し
☐ その他（ ）