様式第１号（第４条関係）

高齢者補聴器購入費助成事業申請書

　　年　　月　　日

　川根本町長　　　　　　　様

川根本町高齢者補聴器購入費助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

補聴器購入費助成金交付審査のため、私の町税等の納付状況、補聴器の購入状況その他の事項について調査・照会・閲覧することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 年 　　月　 　日（　 　　歳） |
| 住　所 | 川根本町 | 電話番号 | 　　 |
| 販売業者 | 所在地 |  |
| 名　称 | 電話番号　 |
| 見積額 | 自己負担額 | 助成申請額 |
| 円 | 円 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の証明 | 上記の申請者は、両耳の聴力レベルが30デシベル以上70デシベル未満であり、日常生活において補聴器を使用することが必要であると認めます。年　　月　　日医療機関　　所在地　　　　　　名　称　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印すること。）　　　　　　電話番号 |

１　「見積額」の欄は見積書に記載された購入する補聴器の商品の代金を、「自己負担額」の欄は見積額から助成申請額を差し引いた額を、「助成申請額」の欄は見積額の２分の１以内の額（その額に100円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額とし、５万円を限度とした額）を記入してください。

２　「医師の証明」の欄は、耳鼻咽喉科の医師に記入を依頼してください。

３　購入する補聴器に係る見積書を添付してください。