様式第１号（第５条関係）

熊取町高齢者補聴器購入費用助成申請書

年　　月　　日

申請先　　熊取町長

申請者

住 　所　　〒　　　－

 　 熊取町

氏 　名

電話番号

高齢者補聴器購入費用の助成について、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 　 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年 　　月 　　日（　 　歳） |
| 補聴器の型番と認証番号 |  |
| 見積額 | 　　　　　　　　　　　 　 円 |
| 助成申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　 円 |

添付書類 □ 高齢者補聴器購入費用助成に係る医師意見書（様式第２号）

　　　　 □ 同意書（様式第３号）

　　　　 □ 上記医師意見書に基づき作成された補聴器の見積書

　　　 　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※集音器はこの補助金の対象ではありませんので、ご注意ください。

※助成額は補聴器購入費用の２分の１で、上限額は25,000円となります。

※身体障害者手帳（聴覚障害）を所持している方は対象となりません。

様式第２号（第５条関係）

高齢者補聴器購入費用助成に係る医師意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 | 熊取町 |
| 　 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年 　　月 　　日 |
| 聴力 | 右　　　　 ㏈　　・　 左　　　　 ㏈ |
| 補聴器の要・否 | 右（ 要 ・ 否 ） ・ 　左（ 要 ・ 否 ） |
| その他意見 |  |
| 上記の者は、聴力機能低下により日常生活に支障が見られ、補聴器の使用が必要であることを認める。　　年　　月　　日医療機関　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |

様式第３号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

同　意　書

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　者 | 世帯員氏名 |
| 氏名生年月日　 　　年　　月　　日住所　熊取町 | 氏名　　　　　　　 　（ 　　年　　月　　日生） |
| 氏名　　　　　　　 　（　　　　年　　月　　日生） |
| 氏名　　　　　　　 　（　　　　年　　月　　日生） |
| 氏名　　　　　　　 　（　　　　年　　月　　日生） |
| 氏名　　　　　　　 　（　　　　年　　月　　日生） |

補聴器購入費用助成を申請するにあたり、世帯全員の町税等の課税状況や滞納状況など、必要な確認を町職員が行うことに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　※18歳未満は法定代理人の代筆でも可

※町記入欄

|  |
| --- |
| 申請者及び世帯員の課税状況確認欄 |
| 申請者 | 世帯員 |
| 課税　・　非課税　・　未申告 | 課税者（　有　・　無　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 町税の滞納確認欄 | 担当者確認印 |
| 有　　・　　無 |  |
| 国民健康保険料の滞納確認欄 | 担当者確認印 |
| 有　　・　　無 |  |
| 後期高齢者医療保険料の滞納確認欄 | 担当者確認印 |
| 有　　・　　無 |  |
| 介護保険料の滞納確認欄 | 担当者確認印 |
| 有　　・　　無 |  |