

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 〒 ー
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	フリガナ 氏 名	
	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
	フリガナ氏名	
	生年月日	年 月 日
聴力	右 dB ・ 左 dB	
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		

同 意 書

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。

申 請 者	世帯員氏名
氏名	氏名 (年 月 日生)
生年月日 年 月 日	氏名 (年 月 日生)
住所 熊取町	氏名 (年 月 日生)
	氏名 (年 月 日生)
	氏名 (年 月 日生)

※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	