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 |  |

様式第４号（第６条関係）

熊取町指令　第　　号

　　　　　年　 月 　日

　様

　　熊取町長

熊取町高齢者補聴器購入費用助成決定通知書

　年　月　日付けで申請のありました熊取町高齢者補聴器購入費用助成について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

助成決定額　　　　　　　　　　円

・決定日から起算して３月を経過した日又は助成決定を受けた日の属する会計年度の末日のいずれか早い日までに、熊取町高齢者補聴器購入費用実績報告書（様式第６号）に必要書類を添付して町へ提出してください。

様式第５号（第６条関係）

第　　　　号

　　　　　年　 月 　日

　様

熊取町長

熊取町高齢者補聴器購入費用助成却下決定通知書

年　月　日付けで申請のありました熊取町高齢者補聴器購入費用助成については、審査の結果、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

記

　却下理由

様式第６号（第７条関係）

熊取町高齢者補聴器購入費用実績報告書

年　　月　　日

報告先　熊取町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　助成決定者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　〒　　　　―

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　熊取町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　年　　　月　　　日付け熊取町指令　第　　　　号で助成の決定を受けた熊取町高齢者補聴器購入費用助成ついて、次のとおり関係書類を添えて報告します。

　１　購入した補聴器の領収書及び型番が分かる書類

　２　助成決定通知書の写し

　３　上記に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

様式第７号（第８条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

熊取町長

熊取町高齢者補聴器購入費用助成金確定通知書

　　　　年　月　日付け熊取町指令　第　　　　号で助成の決定をした熊取町高齢者補聴器購入費用助成金の額は、金　　　　　　円に確定します。

様式第８号（第９条関係）

熊取町高齢者補聴器購入費用助成金請求書

　年　　月　　日

申請先　　熊取町長

請求者

住 　所　　〒　　　－

　 熊取町

氏 　名　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

熊取町高齢者補聴器購入費用の助成について、次のとおり請求します。

なお、助成金は下記口座への振込を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　込　先 | 金融機関名 | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | 本店  支店  支所  出張所 | | | | | | |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

※ 振込先は、請求者本人の口座を記載してください。

※ 振込先及び口座等を確認できる書類の写しを添付してください。

様式第９号（第10条関係）

第　　　　号

　　　　　年　 月 　日

　様

　　　　　熊取町長

熊取町高齢者補聴器購入費用助成決定取消通知書

　　　年　月　日付け熊取町指令　第　　　　号で決定した熊取町高齢者補聴器購入費用助成について、下記の理由により決定を取り消しましたので、通知します。

記

取消しの理由

様式第10号（第11条関係）

第　　　　号

　　　　　年　 月 　日

　様

熊取町長

熊取町高齢者補聴器購入費用助成金返還命令書

　　　　年　月　日付け熊取町指令　第　　　　号で決定した熊取町高齢者補聴器購入費用助成について、返還を命ずる。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 返還命令額 | 円 |
| 返還期限 | 年 　　月 　　日 |