

上野原市告示第17号

上野原市認知機能低下予防補聴器装用推進事業補助金交付要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和8年2月27日

上野原市長 村上 信行

上野原市認知機能低下予防補聴器装用推進事業補助金交付要綱の一部を改正する告示

上野原市認知機能低下予防補聴器装用推進事業補助金交付要綱（令和7年上野原市告示第85号）の一部を次のように改正する。

様式第1号を次のように改める。

年 月 日

上野原市長 宛

住 所
氏 名
対象者との続柄（ ）
電話番号

上野原市認知機能低下予防補聴器装用推進事業補助金交付申請書

上野原市認知機能低下予防補聴器装用推進事業補助金の交付を受けたいので、上野原市認知機能低下予防補聴器装用推進事業補助金交付要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

対 象 者	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日（年齢）	年	月	日（ 歳）
過去5年間の補聴器 購入状況	右（有・無） 左（有・無）			
	<input type="checkbox"/> 上野原市高齢者等補聴器購入費助成事業による交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の交付 <input type="checkbox"/> 医師の診断に基づく自費によるもの <input type="checkbox"/> その他（ ）			
希望する補聴器の種類	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
購入（予定）の補聴器 販売業者名		認定補聴	登録番号	
		器技能者	氏名	
見 積 額	円			
添 付 書 類	(1) 補聴器に関する医師意見書（様式第2号） ※医師が証明した日から3か月以内のものに限る。 (2) 医師意見書の処方により、認定補聴器技能者が作成した補聴器の型番、本体価格、付属品等の明細がわかる見積書			

同意事項をご確認のうえ、□にチェック（レ）して下さい。

- この申請内容に係る必要事項の確認のため、担当職員が住民登録状況、税務状況、介護保険第1号保険料、身体障害者手帳（聴覚障害）状況等について、調査、照会、閲覧することに同意します。
- 山梨県が実施する補聴器装用後のアンケート実施のため、山梨県に氏名、住所等の個人情報を提出することに同意します。

署名 _____

附 則

この告示は、令和8年4月1日から施行する。