様式第１号（第６条関係）

　　年　　月　　日

　上野原市長　宛

住　　所

氏　　名

対象者との続柄（　　　）

電話番号

上野原市高齢者等補聴器購入費助成金交付申請書

　上野原市高齢者等補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、上野原市高齢者等補聴器購入費助成事業実施要綱第６条の規定により次のとおり申請します。

　また、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、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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 ） |
| □　上野原市高齢者等補聴器購入費助成事業による交付  □　障害者総合支援法に基づく補聴器の交付  □　上野原市難聴児補聴器購入等費助成事業による交付  □ 医師の診断に基づく自費によるもの  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望する補聴器の種類 | | □ ポケット型　　　　□ 耳かけ型  □ 耳あな型　　　　　□ その他（　　　　　　　　　） |
| 購入（予定）の補聴器販売業者名 | |  |
| 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、補聴器販売業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  （３）修理不能等による場合は、補聴器販売業者等による補聴器の状態がわかる資料 |