

年 月 日

丹波市長 様

丹波市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

下記のとおり、高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので医師の意見書及び見積書を添えて申請します。

なお、丹波市高齢者補聴器購入費助成事業の資格要件確認のため、市が私の住民登録資料、身体障害者手帳の交付の有無、聴覚障がいによる補聴器（補装具購入費）の支給の有無、その他について調査、照会及び閲覧することに同意し、また助成決定後に市から送付するアンケートの回答に協力します。

記

対 象 者 (補聴器利用者)	フリガナ 氏 名	自書もしくは記名押印	年 月 日生 (歳)	
	住 所	〒669 ー 丹波市 電話番号 ー ー		
申 請 者 (対象者と異なる場合)	フリガナ 氏 名	自書もしくは記名押印	対象者との関係	
	住 所	〒 ー 電話番号 ー ー		
書類送付先	☐ 対象者住所 ☐ 申請者住所 ☐ その他（下記に記入してください。）			
	フリガナ 氏 名		対象者との関係	
	住 所	〒 ー 電話番号 ー ー		

※市確認欄（以下は記入しないでください。）

確 認 欄	添 付 書 類	☐ 医師意見書	
		☐ 医療機関が発行したオーディオグラム	
		☐ 補聴器の金額及び型番がわかる書類（見積書）	
		☐ その他（ ）	
	要 件	障害者手帳交付の有無	☐ あり ☐ なし
過去5年間の当助成の交付の有無		☐ あり ☐ なし	

