

令和 年 月 日

総社市長 様

申請者住所

氏名

総社市高齢者補聴器購入費助成事業交付申請書

総社市高齢者補聴器購入費助成事業助成金の交付を受けたいので、添付書類を添えて次のとおり申請します。

なお、当助成金交付について、市税の納税状況の確認を行うことに同意します。

| | | | |
|------------|---|------|--|
| 氏 名 | | 電話番号 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 住 所 | 総社市 | | |
| 対象要件 | <input type="checkbox"/> 総社市内に住所を有し、居住している <input type="checkbox"/> 65歳以上である <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けておらず、両耳の聴力レベルがそれぞれ平均して40デシベル以上70デシベル未満であると医師が判断している （右耳： デシベル ， 左耳： デシベル） <input type="checkbox"/> 過去に本事業の利用が無い <input type="checkbox"/> 申請者及び世帯員に市民税等の未納が無い | | |
| 購入を希望する補聴器 | | | |
| 購入を希望する業者名 | 別紙見積書のとおり <input type="checkbox"/> 公益財団法人テクノエイド協会が認定する認定補聴器専門店 <input type="checkbox"/> 認定補聴器技能者のいる販売店 | | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 補聴器適合に関する診療情報提供書の写し <input type="checkbox"/> 見積書（対象者名義のもの） <input type="checkbox"/> 認定補聴器技能者カードの写し （認定補聴器技能者のいる販売店で購入の場合） | | |
| 備考 | | | |