

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			