

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、世帯全員の市民税課税状況及び市税の納税状況の確認を担当課が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"/> 聴覚障がいによる身体障害者手帳を持っていない <input type="checkbox"/> 耳鼻科医師から「補聴器適合に関する診療情報提供書」の交付を受け、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 (右耳： デシベル , 左耳： デシベル) <input type="checkbox"/> 世帯全員が市民税非課税である <input type="checkbox"/> 世帯に市税の滞納者がいない <input type="checkbox"/> 過去にこの助成金を受けていない		
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			