

様式第 1 号（第 6 条関係）

かすみがうら市高齢者補聴器等購入費補助金交付申請書兼請求書

かすみがうら市長

申請者
住所
氏名
連絡先

下記により、かすみがうら市高齢者補聴器等購入費補助金を申請します。

氏 名		男 女	生年月日	
住 所			電話番号	
補聴器等種別	<input type="checkbox"/> 補聴器（機器名： ） <input type="checkbox"/> 集音器（機器名： ）			

補聴器等の装用に関する医師の意見欄（※必ず購入前に記入してもらうこと）

患者名 _____

四文法にて、聴力が対象に該当ある場合、☒をつけてください。

【対象聴力】

- ☐ 両耳共に 4 0 db 以上 7 0 db 未満
- ☐ 両耳又は片耳の聴力が 4 0 db 未満だが、補聴器等が必要である。

（理由） _____

上記の者は、聴力検査をした結果、補聴器等の装用が必要であると認めます。

年 月 日

医療機関 所在地
名称
医師氏名 印
電話番号

※医師の証明については、上記以外で証明できる書面等でも可能。

補聴器等の金額		円		
補助金交付申請額		円		
振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 店 農 協		
	預金種別	普通 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※添付書類

- （１）購入した補聴器等の領収書の写し等（購入日・購入者氏名・購入店名が記載されているもの）
- （２）補聴器等の品目等が確認できる書類（取扱説明書の表紙等）の写し
- （３）金融機関、口座番号、口座名義人が分かる通帳の写し