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	□補聴器（機器名：　　）□集音器（機器名：　　）			

（※必ず購入前に記入してもらうこと。ただし、集音器に対する申請で検査結果の写しを添付する場合は、記入不要。）

補聴器等の装用に関する医師の意見欄

患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

四分法にて、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４０dB 以上７０dB 未満

□　両耳又は片耳の聴力が４０dB 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

（４）両耳の聴力レベルが確認できる聴力検査の結果の写し（上記「補聴器等の装用に関する医師の意見欄」に記載のない集音器の購入の場合のみ）