

様式第 1 号（第 5 条関係）

田原本町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

田原本町長 殿

田原本町高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

☐ 申請に当たり、次のことに同意します。（同意する場合は、□へチェック☑してください。）

① 介護予防事業等に参加する等、介護予防活動等を行うこと。

② 町が行う補聴器購入後の使用状況等についての調査に回答すること。

③ 申請者の要件を確認するため、町が町民税課税状況及び身体障害者手帳（聴覚障害）取得状況等を確認（調査）すること。

④ 申請の手続状況確認や在宅生活支援等のために、地域包括支援センター等と情報共有すること。

1. 申請者及び補聴器に関する情報等

申請者 (補聴器 利用者)	住所	田原本町	電話 番号	
	ふりがな 氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
購入予定補聴器の 医療機器認証番号				

2. 助成金交付申請額 ※補聴器 1 台分の購入経費の 1 / 2 とし、2 万円を限度とする。

金 円

3. 添付書類

- (1) 医師が作成した田原本町高齢者補聴器購入費助成金交付意見書（様式第 2 号。申請書の提出日の前 6 月以内に発行されたもの）
- (2) 購入を予定する補聴器の見積書（医療機器認証番号等の医療機器としての情報が記載されているもの）
- (3) 市区町村民税が非課税であること等を証明する書類（町で確認できない場合のみ）

4. 窓口届出者 ※申請者と異なる場合のみご記入ください。

ふりがな 氏名		電話 番号	
住所		続柄	