

室戸市長 様

室戸市高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

室戸市高齢者補聴器購入費補助金の交付を受けたいので、室戸市高齢者補聴器購入費補助金交付要綱第6条の規定により下記のとおり申請します。

また、私は、この申請に関して私の住民基本台帳の情報及び聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況等について、市が調査を行うことに同意します。

記

申請者 (対象者)	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日 ( 歳)
	住 所			
	対象要件	身体障害者手帳（聴覚）の有無 <input type="checkbox"/> なし		
記入者（申請者と異なる場合に記入）	氏 名		対象者との関係	
	住 所			

① 補助対象経費見積額	円
交付申請額（①の金額の2分の1（1円未満切り捨て）とし、3万円を限度とする。）	円

※添付書類 補聴器販売事業者による見積書（発行日＝申請書提出日の前3ヵ月以内のもの）

※裏面の医師による証明欄に耳鼻咽喉科の医師による証明を受けてください（証明日＝申請書提出日の前3ヵ月以内）

※市記入欄

- 室戸市に住所を有する満65歳以上の者
- 身体障害者福祉法第15条第4項に規定する聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象とならない者
- 聴力レベル
- 過去にこの要綱による補助金の交付を受けていない者（台帳確認）

（裏面に続く）

## 医師（耳鼻咽喉科）による証明

下記の者は、片耳の聴力レベルが40 dB以上70 dB未満であり、日常生活に支障があるため、補聴器の使用の必要性を認めます。

○対象者氏名 \_\_\_\_\_

○聴力レベル 右耳： \_\_\_\_\_ dB 左耳： \_\_\_\_\_ dB

○イヤモールド（耳栓）の必要性  有  無

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

医師名

⑩