様式第１号（第５条関係）

# 神栖市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年　　月　　日

神栖市長　　様

神栖市高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、神栖市高齢者補聴器購入費助成金交付要項第５条の規定により、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">住所</td><td colspan="2">神栖市</td></tr>
<tr><td>申請者氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日（　　歳）</td><td>性別</td><td colspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>見積金額</td><td colspan="2">円</td><td>交付申請金額</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>同意確認欄</td><td colspan="5">私は、神栖市高齢者補聴器購入費助成金の交付申請に係る審査に当たり、「住民登録」及び「市税等の納付状況」、「聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況」、その他の必要な事項を調査することに同意します。<br>申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td rowspan="2">申請代行者</td><td>住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2">続柄（　　）</td><td>電話番号</td><td></td></tr>
</table>

※　添付書類　補聴器の見積書の写し

補聴器の装用に関する医師の意見欄

患者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４分法による聴力レベルが次の要件に該当する場合は、レ印を付してください。（助成の対象となる聴力レベル）

□　両耳の聴力レベルが４０デシベル以上であり、身体障害者福祉法（昭和２４年法律第２８３号）第１５条第４項の規定による聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付対象とならない。

上記の者は、聴力検査をした結果、補聴器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