様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

　　日高村長　様

日高村高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

日高村高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。私は、この申請に関して私の住民基本台帳の情報及び、私が日高村に納付すべき村税等、介護保険料、後期高齢者医療保険料の納付状況、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況等について、健康福祉課長が調査を行うことに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フ　リ　ガ　ナ |  | 生　年　月　日 | |
| 氏名 |  | 大正　・　昭和  　年　　　月　　　日（　　　歳） | |
| 住所 | 〒　　　　　　―  日高村  （電話番号　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 対象要件 | 身体障害者手帳（聴覚）の有無　　　　　□　なし | | |
| 記入者  （申請者と異なる場合） | 氏名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　―  （電話番号　　　　　　　　　　　　　　） | | |

※補聴器販売事業者が作成した見積書を添付すること。

※医師による証明欄及び見積書は申請書の提出日の前３月以内に証明又は発行されたものであること。

|  |
| --- |
| 医師による証明 |
| 対象者氏名  上記の方は、両耳の聴力が40dB以上70dB未満であるため、補聴器が必要であると認めます。  （右耳：　　　　　dB　　，　左耳　　　　　dB）  　　　※両耳の聴力が40dB未満でも補聴器が必要と判断される場合は、  次に**理由を記載してください。**  理由：      年　　　月　　　日  　　医療機関　　　　所在地  　　　　　　　　　　名称  　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　電話番号 |