

様式第1号（第5条関係）

一宮市難聴高齢者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

（あて先）一宮市長

申請者（窓口に来られた方）

住所		続柄	<input type="checkbox"/> 本人
氏名		電話	

下記のとおり一宮市難聴高齢者補聴器購入費助成を申請します。

対象者

住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 一宮市 (電話 ー)		
フリガナ		生年月日	大・昭 ・ ・
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
購入する補聴器	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 ※助成対象は左右どちらか1台のみです。		
下記に該当する場合 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 補装具費支給対象障害者等ではありません。 <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法など他の法令による購入助成を受けていません。			
対象者の属する世帯全員の税務資料について、関係機関で調査することを承諾します。 本人氏名 _____			
※添付書類	1 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医又は一宮市内の身体障害者福祉法第15条第1項に規定する聴覚障害の区分に指定された医師による意見書（様式第2号） 2 補聴器販売業者の見積書及び内訳書 3 助成対象者の属する世帯全員の市町村民税額を確認することができる書類（市で市町村民税の額が確認できない場合に限る。） 4 その他（ ）		

以下は市役所使用欄です。

本人 確認書類	運転免許証／経歴証明書・個人番号カード・資格確認書・介護保険証・障害者手帳・年金手帳 社員証・介護専門員証・その他／聞き取り（ ）
------------	--