

様式第2号（第6条関係）

高齢者等補聴器購入助成券交付申請書

年 月 日

島田市長

高齢者等補聴器購入助成券の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に当たり、担当職員が私の住民基本台帳及び市民税の課税状況の閲覧及び確認をすること並びに私が購入後の補聴器の利用状況に係る調査に協力することに同意します。

申請者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	島田市		
	電話番号			
	身体障害者手帳の交付	有 ・ 無	市民税 非課税	該当 ・ 非該当
販売者	所在地			
	電話番号			
	名称			
見積額	自己負担額	助成申請額		
円	円	円		
医師の証明欄				
証明する申請者の氏名 _____ 上記の者は、両耳の聴力レベルがそれぞれ30デシベル以上であって、かつ、日常生活において補聴器の使用が必要であると認めます。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 所在地 医療機関名 医師の氏名 (印) (署名又は記名押印をすること。) 電話番号 </div>				

(注)

- 1 「見積額」の欄は見積書に記載された購入する補聴器の商品の代金を、「自己負担額」の欄は見積額から助成申請額を差し引いた額を、「助成申請額」の欄は見積額の2分の1以内の額（その額に100円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額とし、5万円を限度とした額）を記入してください。
- 2 「医師の証明欄」は、耳鼻咽喉科の医師に記入を依頼してください。
- 3 購入する補聴器に係る見積書を添付してください。