

前橋市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

※記入不要

前橋市長あて

前橋市高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、前橋市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱の規定に基づき、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。また、この助成金の交付の可否を決定するにあたり、申請者が属する世帯のすべての者の住民基本台帳、市民税課税状況及び申請者の身体障害者手帳交付の有無について、前橋市が調査することに同意します。

機械で読みとるため、ていねいにご記入ください。

押印2か所
(氏名横の㊟にも
押印してください)

捨印

㊟

《申請者(対象者)》

申請日	令和	年	月	日	郵便番号	3	7	-												
住所	前橋市				町															
	マンション名・方書等																			
氏名																				㊟
連絡先電話番号								-												

《緊急連絡先》 ※申請者本人とのご連絡が難しい場合等に、お電話することがあります。

氏名																				申請者との続柄	
連絡先電話番号								-													

《課税状況》該当する項目に☑をしてください。

・申請者は市民税非課税世帯に該当しますか。
※ 申請日が4月1日から6月30日までの場合は、前年度の課税状況

はい いいえ※助成対象外です。

《身体障害者手帳の交付》該当する項目に☑をしてください。

・申請者は聴覚障害による障害者手帳の交付を受けていますか。

はい※助成対象外です いいえ

裏面に続きます

申請者(対象者)氏名 _____

耳鼻咽喉科を受診する際にこちらの申請書を持参してください。

医師の意見欄

患者氏名 _____

四分法にて、聴力が対象に該当する場合 をつけてください。

【対象聴力】 両耳の聴力レベルが40dB以上で、
かつ、聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象にならない

上記の者は、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師氏名 (印)

電話番号 ()

※ 申請者(対象者)にオーディオグラム(純音聴力図)を交付してください。

《購入を希望する補聴器について》

購入を希望する 補聴器の種類と名称	※該当する種類に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> その他 _____ 名称 : _____
購入を希望する 業者名	別紙見積書のとおり ※必ず購入を希望する業者で見積書を作成してください。

《添付書類》

オーディオグラム(純音聴力図)

* 申請日前3か月以内のものを提出してください。

購入を希望する補聴器の見積書の写し

* 宛名が申請者のものを提出してください。

* 購入を希望する業者で作成してください。

(前橋市で課税状況が確認できない場合のみ) 個人住民税が非課税と分かる書類(非課税証明書)

* 同一世帯全員分の証明書を提出してください。

* 申請日が4月1日から6月30日までの場合は、前年度の課税状況についての証明書を提出してください。

※申請前に購入した補聴器は対象外です。結果通知が届いてから購入してください。