

前橋市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

受給者番号

※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、前橋市が調査することに同意
します。

記入例

機械で読みとるため、ていねいにご記入ください。

《申請者(対象者)》

申請日	令和	×	×	年	×	×	月	×	×	日	郵便番号	3	7	1	-	1	1	1	1
住所	前橋市 大手 町 二 丁 目 1 2 番 1 号																		
	マンション名・方書等																		
フリガナ	マエバシ タロウ																		
氏名	前 橋 太 郎																		
連絡先電話番号	0	2	7	-	1	1	1	-	1	1	1	1							

《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	利	根	川	花	子	申請者との続柄			長女				
連絡先電話番号	0	9	0	-	×	×	0	0	-	9	9	9	9

《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日の場合

☒ はい

申請者（対象者）との電話連絡が難しい場合等に、ご連絡を差し上げる可能性があります。

《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 前橋 太郎

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

耳鼻咽喉科の医師による記入が必要です。

申請書を耳鼻咽喉科に持参し、受診してください。

※ 受診前に必ず対象者条件を確認してください。

※ 診察料、検査料、意見欄作成料等は自己負担です。

日

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 ☒ をつけてください ☐ 耳あな型 ☒ 耳かけ型 ☐ ポケット型 ☐ その他 _____ 名称 : <u>〇〇補聴器 AB-C</u>
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 _____ を作成してください。

《添付書類》 忘れずに添付してください！

☐ **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。

購入を希望する補聴器の
見積書を取得し、その製品
についてご記入ください。