

大仙市成人軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成申請書

申請日 年 月 日

（あて先）大仙市長

（申請者）

住 所

氏 名

対象者との続柄（ ）

電 話

次のとおり大仙市成人軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成について申請します。

なお、私は購入費助成の決定のため、大仙市の公募により私の世帯の住民登録情報、税務情報、補聴器の購入状況等について、調査・照会・閲覧することを承諾します。また、対象者及び対象者の属する世帯の世帯員にあつては、私の責任において、本申請を行うこと、必要な調査を受けることについて了解を得ています。

対 象 者	住 所	※申請者と異なる場合記入				
	フリガナ 氏 名	※申請者と異なる場合記入				
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
購入を希望する 補聴器の種類						
購入を希望する 業者名		名 称				
		所在地				
		電 話				
身体障害者手帳 の申請の有・無		有・無 ※障害者総合支援法等に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めることがあります。				
最近5年間の 補聴器の購入 の状況		右（有・無）	年	月	日	購入
		左（有・無）	年	月	日	購入
		<input type="checkbox"/> 大仙市成人軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成事業による交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他				
備 考						

添付書類

- （1）身体障害者福祉法第15条第1項の規定により都道府県知事の定める医師が作成した医学的判定意見書（様式第2号）
- （2）（1）の意見書の処方に基づき、補聴器販売事業者が作成した補聴器の見積書
- （3）対象者の属する世帯全員の課税・非課税証明書（市の公簿により所得及び課税状況が確認できない場合）