

岡崎市難聴高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

(宛先)岡崎市長

岡崎市難聴高齢者補聴器購入補助金の交付を受けたいので、岡崎市難聴高齢者補聴器購入費補助金の規定に基づき、この補助金の交付を受けるに当たって、この補助金の交付の申請状況及び申請者の属性について、岡崎市に補聴器を利用したいかたの情報を記入してください。

長寿課へ提出する日を記入してください。

【申請者(対象者)】

申請日 令和 6 年 7 月 1 日

住所	〒 444 - 8601 岡崎市 十王町二丁目9番地 <small>マンション名・方書等</small>	
氏名	岡崎 太郎	※ 自署でない場合は記名押印が必要です。
生年月日	1958 年 4 月 1 日	
連絡先 電話番号	(自宅) 0564 - 00 - 0000	(携帯) 000 - 0000 - 0000
	(FAX) 0564 - 00 - 1111	本人が、電話での対応が難しいなど、他のかたが対応される場合に、そのかたの氏名・電話番号を記入してください。
	申請者本人と連絡がとれにくい場合は、以下に御記入ください。	
氏名	岡崎 花子	電話番号 080 - 0000 - 0000

本人の署名でない場合は、押印が必要です。

本人が、電話での対応が難しいなど、他のかたが対応される場合に、そのかたの氏名・電話番号を記入してください。

耳鼻咽喉科受診の前に、次の内容を事前に確認してください。

【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。
※ 令和6年度の課税状況

はい

いいえ ➡ 補助金の交付対象外です

必ず耳鼻咽喉科の受診前に世帯全員が非課税であることを確認の上、チェックしてください。

【身体障がい者手帳の交付】 該当する項目に☑をしてください。

申請者は、聴覚障がいによる身体障がい者手帳の交付を受けたいですか。

はい ➡ 補助金の対象外です。

いいえ

聴覚障がいによる身体障がい者手帳の交付を受けられないことを確認の上、チェックしてください。

裏面に続きます

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。

医師意見書

※ 基準を満たす場合に記入をお願いします。

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。

医師意見書は耳鼻咽喉科の医師による記入が必要です。

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。

申請書を耳鼻咽喉科に持参し、受診してください。 月 _____ 日 _____

医療機関 所在地 _____

※ 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、意見書作成料等は自己負担です。

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。

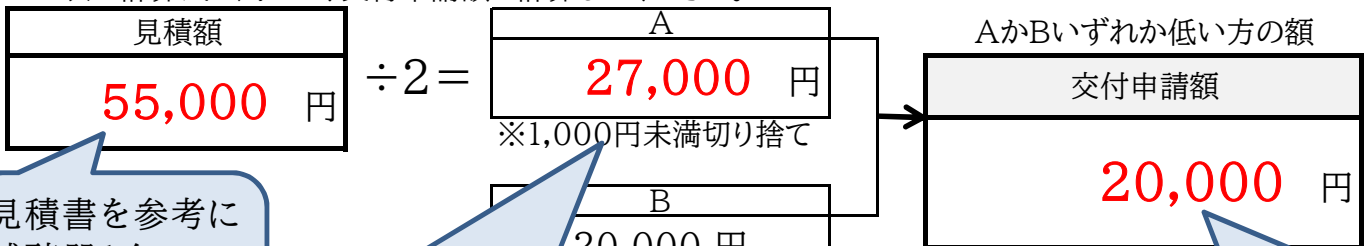
※ 医師意見書・オーディオグラムは交付から3ヵ月有効です。

見積書を参考に、補聴器の名称か型番を記入してください。

【購入を希望する補聴器について】 ※ 見積書を参照し記載してください。

購入を希望する補聴器の名称又は型番	名称(型番) 耳かけ式 ○○○○A1234
-------------------	------------------------------

※ 次の計算式を用いて、交付申請額を計算してください。



見積書を参考に補聴器1台の本体価格を記入してください。

見積額の半分を記入してください。(1,000円未満切捨て)

見積額の半分(A)と2万円(B)のいずれか低い方の額を記入してください。

【添付書類】 次の内容を確認し、すべての項目に☑をしてください。

個人住民税が非課税とわかる書類(同一世帯全員分の非課税証明書)

- ・ 同一世帯全員分の証明書を提出してください。福祉サービス利用であれば無料で取得できます。
- ・ 令和6年度の非課税証明書を提出してください。

オーディオグラム(純音聴力図)

- ・ 耳鼻咽喉科受診時に交付された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。
- ・ 購入を希望する認定補聴器専門店で作成してください。

長寿課へ提出する前に全ての書類がそろっていることを確認の上、チェックしてください。