

草加市高年者補聴器購入費用助成金交付申請書

記載例

5年 7月 3日

草加市長 宛て

草加市

住所 草加市高砂1-1-1

フリガナ

申請者 氏名 草加 太郎 ⑩

※氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。

生年月日 昭和25年1月1日

電話・FAX 048-922-0151

申請者欄は、補聴器を利用する方の情報をご記入ください。

代筆の場合は、必ずご本人の押印が必要です。

草加市高年者補聴器購入費用助成金の交付について、関係書類を添えて申請します。

本人申告欄

- 住民税が非課税である。
- 障害者総合支援法に基づく補装具費(補聴器)の支給を受けることができない。
- 草加市高年者補聴器購入費用助成事業による助成を受けたことがない。
- 草加市補助金等の交付手続等に関する規則及び草加市高年者補聴器購入費用助成事業実施要綱が適用されることに同意する。
- 課税状況を確認することに同意する。

※申請時に課税状況を確認できない場合、非課税証明書を添付します。

医師(耳鼻咽喉科医)の意見欄

5年 7月 3日

対象者 草加 太郎

- 【検査結果】 両耳ともに40dB以上70dB未満(中等度難聴)
- 両耳又は片耳が40dB未満(軽度難聴)

上記の者について、補聴器の必要性を認める。

医療機関 所在地 草加市高砂1-1-1

名称 ○×耳鼻科医院

医師氏名 草加 花子



電話・FAX 048-0000-0000