様式第１号（第４条関係）

掛川市高齢者等補聴器購入費助成申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　（あて先）掛川市長

補聴器購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

　　なお、申請に当たり、申請事項及びその他申請者の個人情報等について、市長が確認すること、また、補聴器購入後の補聴器調整の確認や利用状況のアンケート等に協力することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請  者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　日 | | |
| 助成金  申請額 | 円 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 医  師  の  証  明 | 申請者氏名  上記の者は、身体障害者福祉法別表二に掲げる聴覚又は平衡機能の障害にかかる身体障害者手帳の交付対象とならず、かつ両耳の聴力レベルが３０デシベル以上７０デシベル未満で、日常生活において補聴器の使用が必要と認めます。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  所在地  医療機関　名称  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印（自署の場合は押印不要）    電話番号 |

　 ※添付書類：購入を予定している店舗からの見積書