

様式第1号（第4条関係）

高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

申請日を記入してください。

○年 ○月 ○日

磐田市長

申請に来られる方の住所・氏名・電話番号等を記入してください。

〒
磐田市〇〇123番地
申請者 氏 名 磐田 花子
電話番号 0538-〇〇-〇〇〇〇
利用者との関係 子

補聴器購入の助成を受けたい方の氏名・住所等を記入してください。

費助成 助成金申請額は、購入費の1/2以内で30,000円が限度となります。 記、関係書類を添えて下

助成金申請額	30,000 円（100円未満切捨て）
助成対象者氏名	磐田 太郎
住 所	磐田市〇〇456番地
生年月日	○年 ○月 ○日（72 歳）
添付書類	購入を予定している補聴器の見積書

申請時点で70歳以上である必要があります。

医師の証明

氏 名 磐田 太郎

上記の方は、両耳の聴力レベルが30デシベル以上で、補聴器の使用により日常生活における聞き取りの改善が見込まれます。

医師に証明欄の記入を

○年 ○月 ○日

依頼してください。

所在地 〇〇市〇〇78番地9
医療機関 名称 耳鼻咽喉科〇〇医院
医師氏名 医療 二郎 印
電話番号 0538-××-××××

※白書の場合は押印不要

※下記のご記入は不要です

市民税所得割額 市税 後期高齢者医療保険料 介護保険料 他法令による助成 本事業の申請

免・保・介・ケ・その他（ ）