

様式第 1 号（第 5 条関係）

高齢者補聴器購入費助成金交付申請書		
年 月 日		
下妻市長 様		
(申請者) 住 所		
氏 名		
電話番号		
高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、下妻市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。		
なお、この申請に係る審査に当たり、市が私及び私と同一世帯に属する者に係る住民基本台帳、市税の納付状況、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況その他必要な事項を調査することに同意します。		
対 象 者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (歳)
交付申請額	円	
添 付 書 類	補聴器の見積書の写し	

補聴器の装用に関する医師の意見欄	
患者氏名 _____	
4 分法による聴力レベルが次のいずれかに該当する場合は、レ印を付してください。 (助成の対象となる聴力レベル)	
☐ 両耳の聴力レベルが 4 0 デシベル以上 7 0 デシベル未満である。	
☐ 両耳又は片耳の聴力レベルが 4 0 デシベル未満であるが、補聴器が必要である。	
上記の者は、聴力検査をした結果、補聴器の装用が必要であると認めます。	
年 月 日	
医療機関	所 在 地
	名 称
	医師氏名
	電話番号
	印