

様式第1号（第6条関係）

高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

光市長 様

光市高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、光市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第6条の規定により申請します。

なお、助成金の交付審査に当たり、申請者の住民基本台帳、身体障害者手帳（聴覚障害）取得状況、介護保険料の納付状況、補聴器の購入状況等の必要な情報について、光市が調査・照会・閲覧することを承諾します。

申 請 者 (助成対象者)	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏名			(歳)
	住所	〒 -	電 話	()
	対象要件	<input type="checkbox"/> 光市内に住所を有する65歳以上の者である。 <input type="checkbox"/> 聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付の対象とならない者である。 <input type="checkbox"/> 申請日から過去5年間に本事業による助成金の交付を受けていない者である。 <input type="checkbox"/> 介護保険料の滞納がない者である。		
記 入 者 (申請者と異なる場合)	フリガナ		申請者との 関係	
	氏名			
	住所	〒 -	電 話	()

添付書類

- 1 高齢者補聴器購入費助成に係る医師意見書（様式第2号）
※身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師によるものに限る。
- 2 高齢者補聴器購入費助成に係る医師意見書に基づく補聴器の見積書
※市において補装具業者として登録を受けている補聴器販売業者が作成したものに限る。
- 3 その他市長が認める書類

市確認欄（※記入不要）

介護保険被保険者番号	
介護保険料の滞納がないことの確認欄	確認者氏名