

第1号様式（第4条関係）

中等度難聴者補聴器購入費助成申請書

会津若松市長あて

申請者	氏名	
	住所	会津若松市
	電話番号	
	生年月日	年 月 日（ 歳）
補聴器購入費見積額		円
確認事項		該当する項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 聴覚に関し、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条4項に規定する身体障害者手帳の交付を受けていません。 <input type="checkbox"/> 過去に本事業の助成を受けていません。 <input type="checkbox"/> 市の実施する聞こえに関するアンケートに協力します。

※ 添付書類

- (1) 身体障害者福祉法第15条第1項に規定する都道府県知事の定める医師が作成した中等度難聴者補聴器購入費助成医師意見書（第2号様式）※作成（診断）日から3か月以内のものに限る
- (2) (1)の意見書に基づき補聴器販売事業者が作成した見積書

私は、上記のとおり補聴器購入費の助成を申請するに当たり、以下に同意します。

1. 氏名、住所及び生年月日について、市が住民基本台帳にて確認すること。
2. 私が属する世帯に係る市民税の課税状況について、市が調査すること。
3. 身体障害者福祉法第15条第4項の規定による身体障害者手帳の交付状況について、市が調査すること。

年 月 日

申請者氏名（自署）