

様式第1号（第5条関係）

檜原村高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

檜原村長 殿

以下のことに同意のうえ、補聴器購入費助成金を申請します。

- ・住民基本台帳の閲覧をすること
- ・聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況、聴覚障害による補聴器（補装具購入費）の支給の有無を確認すること。

【申請者の方へ】

助成金は、下記の要件を満たす必要があります。要件を確認した後、耳鼻咽喉科医を受診し、檜原村高齢者補聴器購入費助成金医師意見書（様式第2号）の記入を受けてください。

なお、医師意見書の作成には、受診費用とは別に文書作成料が必要です。

受診後、検査結果等の要件により、助成金の交付が受けられなかった場合でも受診費用、文書作成料の返還は受けられません。

申 請 者	フリガナ	
	氏名	
	住所	檜原村 番地
	生年月日	年 月 日生 () 歳
	電話番号	
	対象要件	次の要件をすべて満たす場合に対象となります。□にレ印を記入してください。 <input type="checkbox"/> 檜原村に住所のある満65歳以上の方 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器購入費の支給を受けられない <input type="checkbox"/> 過去5年以内に、本助成金の交付を受けていない <input type="checkbox"/> 中等度難聴（両耳の平均聴力が40dB以上70dB未満）以上、又は、耳鼻咽喉科医から補聴器が有効だと認められた方

添付書類

医師意見書（オーディオグラム添付）

見積書の写し

その他 ()