

(様式第1号)

年 月 日

岡垣町長 宛て

岡垣町高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

岡垣町高齢者補聴器購入費補助事業実施要綱第6条第1項の規定に基づき、次のとおり、岡垣町高齢者補聴器購入費補助金を申請します。

なお、本人及び世帯員の個人情報について、補助の決定に必要な確認事項は、町が保有する情報及び販売店により確認することに同意します。

申請者	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒 岡垣町		
	電話番号		生年月日 年 月 日 年 齢	年 月 日 歳
	対象要件 (すべての □に✓)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(聴覚障がい)の交付対象とならない。 <input type="checkbox"/> 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)に基づく補聴器に係る補装具費の支給対象とならない。 <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)その他の法令に基づく補聴器の購入に係る補助を受けていない。		
購入を希望する販売店 (いずれか又は両方の□に✓)	別紙見積書のとおり <input type="checkbox"/> 公益財団法人テクノエイド協会が認定する認定補聴器専門店 <input type="checkbox"/> 認定補聴器技能者が在籍する補聴器の販売店			
記入者 (申請者と 異なる場合)	氏名		申請者との 関係	
	住所		電話番号	

【添付書類】

- 岡垣町高齢者補聴器購入費補助医師意見書(様式第2号)
 - 医療機関が発行したオーディオグラム(様式第2号の記入日前3か月以内のもの)
 - 補聴器1台の購入費用に係る見積書(販売店が申請書の提出日前3か月以内に作成したもの)
- ※附属品を同時に購入する場合や両耳本体一式を購入する場合は、片耳本体1台の金額が分かる明細書等