

長浜市高齢者補聴器購入費助成金申請書

長浜市長 あて

下記のとおり長浜市高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。  
申請に当たり、次のことに同意します。

- 1 助成の対象者となるか否かの確認のために、市が世帯の住民税課税状況、生活保護受給及び身体障害者手帳（聴覚障害）取得状況等を確認（調査）すること。
- 2 補聴器の購入に係る情報を事業者等を確認（調査）すること。
- 3 交付決定後及び補聴器使用一定期間経過後に日常生活活動・コミュニケーションについてのアンケートに協力すること。

【申請者（対象者）】

フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）
氏 名		電話番号	
住 所	〒		
対象要件 ※確認のため該当する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。	世帯の住民税課税状況等	<input type="checkbox"/> 世帯全員非課税	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
	身体障害者手帳（聴覚障害）の取得状況	<input type="checkbox"/> 取得していない	
	過去に同事業の助成を受けたことがある	<input type="checkbox"/> ない	
添付書類 ※確認のため該当する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。	<input type="checkbox"/> 補聴器の見積書（宛名が対象者のもの） <input type="checkbox"/> 世帯の住民税課税状況が確認できる書類（長浜市で確認できない場合に限る。）		

【申請書提出者】（申請者と同じ場合は記載不要）

フリガナ		電話番号	
氏 名		申請者との関係	
住 所	〒		