

# 倉敷市難聴高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

提出者住所

氏名

電話

補聴器を使用する者との続柄

倉敷市難聴高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第5条第1項の規定により、補聴器購入費の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者 (補聴器を使用する人)の氏名等	住所	〒 倉敷市		
	フリガナ		生年	大正・昭和
	氏名		月日	年 月 日
身体障がい者手帳 (聴覚障害)の交付状況	<input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 交付あり			
世帯の市民税課税状況	<input type="checkbox"/> 世帯全員非課税 <input type="checkbox"/> 課税			
購入する補聴器の種類	申請日以降に提出する医師意見書のとおり			
補聴器購入店	申請日以降に提出する見積書のとおり			

※補聴器購入店は、公益財団法人テクノエイド協会が認定した認定補聴器技能者が在籍する店舗に限る。

## 同意書

倉敷市長 様

倉敷市難聴高齢者補聴器購入費助成金交付申請にあたり、公簿により私及び私の同一住所地に居住する者全員に係る所得状況、課税状況、生活保護の受給状況及び身体障がい者手帳の交付状況について倉敷市が確認すること及び補聴器購入店に対し助成金交付決定の状況を提供することについて同意します。

令和 年 月 日 補聴器を使用する人の氏名

※自署または記名押印

(これより下は記入しないでください。)

過去の交付状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒却下
身体障がい者手帳 (聴覚障害)の交付状況	<input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 交付あり⇒却下
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
世帯の市民税課税状況	<input type="checkbox"/> 世帯全員非課税 <input type="checkbox"/> 課税 ( 円) ⇒却下
公簿確認年月日	・ ・ 確認者氏名