様式第１号（第５条関係）

下関市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年　　月　　日

（宛先）下関市長

申請者（補聴器使用者）

住　所

氏　名

生年月日　　　　　年　　月　　日（　　　歳）

電　話

下関市高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、下関市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

なお、助成金の交付決定のために必要な情報について、下関市が、その保有する住民基本台帳、課税台帳、身体障害者手帳交付台帳その他の情報により、確認することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金の申請額 | 金　　　　　　　　　　　　円 |

助成金の申請額は、補聴器（補聴器の使用に必要不可欠な附属品を含む。）の購入費に２分の１を乗じて得た額（100円未満の端数は切り捨て。上限30,000円）とする。

|  |
| --- |
| 【連絡先（申請者と同じ場合は、記載不要）】住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　）電　話　 |

添付書類

１　高齢者補聴器購入費助成に係る医師意見書（様式第２号）

※　作成日より３月以内のもの

２　補聴器販売店が作成した見積書の写し

３　その他市長が必要と認める書類