

## 府中市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

記入例

令和●●年●●月●●日

府中市長

府中市高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたく、次のとおり申請します。

また、申請に当たって、対象要件の該当状況を確認するため、市が次の内容を公簿等により確認することに同意します。

○前年の合計所得金額（本年1月1日時点で府中市に住民登録をしていた方のみ）

○身体障害者手帳の取得状況

対象要件 確認 ※該当する ものに☑	満65歳以上で府中市に住民票があり、実際に市内に居住していて、次の全ての要件を満たす場合に対象となります。 <input checked="" type="checkbox"/> 前年の合計所得金額が210万円未満であること <input checked="" type="checkbox"/> 聴力が両耳とも40dB以上又は片耳が70dB以上であること <input checked="" type="checkbox"/> 聴覚障害による補聴器（補装具購入費）の交付を受けていること <input checked="" type="checkbox"/> この助成金の交付を過去5年以内に受けていないこと
-----------------------------	---

該当するものに☑を入れてください。全てに☑がつかない場合は申請できません。

申請者 (補聴器を使用する方)	ふりがな	ふちゅう たろう		
	氏名	府中 太郎		
	住所	府中市 宮西町2-24		
	生年月日	19●●年●月●日	電話	090-1234-XXXX
連絡先 ※申請者本人の場合不要	氏名	府中 花子 申請者との続柄（子）		
	住所	〇〇市△△町1-2		
	電話	090-1234-XXXX		

連絡先は申請者以外の方が代理で手続きをする場合にご記入ください。

## 【申請者の方へ】

申請前に耳鼻咽喉科を受診し、（別紙）医師意見書の記入を受けてください。

なお、意見書の作成には、受診費用と文書作成料（府中市医師会所属の耳鼻咽喉科は一律1,000円）が必要です。助成金の交付が受けられなかった場合でも、返還は受けられませんので、あらかじめご了承ください。

(市記入欄)

受付日	月	日
補装具確認日	月	日