第１号様式（第５条）

府中市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

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。 □前年の合計所得金額が２１０万円未満であること。 □聴力が両耳とも４０ｄＢ以上又は片耳が７０ｄＢ以上であること。 □聴覚障害による補聴器（補装具購入費）の助成を受けていないこと。 □この助成金の交付を過去５年以内に受けていないこと。

申請者（補聴器を使用する方）	ふりがな			
	氏　名			
	住　所	府中市		
	生年月日	年　　月　　日	電話	－　　－
連絡先※申請者本人の場合不要	氏　名	申請者との続柄（　　）		
	住　所			
	電　話	－　　－		

【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