様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

吉岡町長　　　　　様

吉岡町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

吉岡町高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、吉岡町高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第５条の規定により申請します。また、この助成金の交付の可否を決定するに当たり、吉岡町が交付対象者の住民基本台帳への登録状況及び身体障害者手帳の交付の有無について調査することに同意します。

１　申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | |
| ふりがな |  | 交付対象者との関係 | □本人  □対象者の属する世帯構成者  又は親族（続柄：　　　　　）  □包括支援センター職員  又は居宅介護支援事業者職員  □法定代理人  □民生委員・児童委員  □その他(　　　　　　) |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | ※日中連絡可能な電話番号 |

２　交付対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | □申請者と同じ | 住所 | □申請者と同じ |
| ふりがな |  | 吉岡町大字 |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | □申請者と同じ | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 対象要件 | あなたが当てはまるものにチェックをつけてください。  □　６５歳以上の高齢者  □　聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象にならない。  □　過去に本事業による助成金の交付を受けていない。 | | |
| 代理申請  の場合 | 私は、申請者を代理人と認め、吉岡町高齢者補聴器購入費助成金の交付の申請手続を委任します。  交付対象者氏名（自署） | | |

３　添付書類

□　両耳の聴力レベルが確認できる純音聴力検査の結果（オージオグラム）の写し

※申請日前３月以内のもの

□　見積書の写しその他の購入しようとする補聴器等の品名及び金額が確認できる書類

※宛名が交付対象者のものであって、販売する業者が作成したもの

４　注意事項

この申請による助成金の交付の決定より前に購入した補聴器等は、対象外です。吉岡町高齢者補聴器購入費助成金交付決定通知書が届いてから購入してください。