

様式第 1 号（第 5 条関係）

東近江市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

東近江市長 様

下記のとおり、高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、東近江市高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請します。また、申請に当たり、次のことに同意します。

- 1 助成の決定に必要な範囲で、市が保有する住民基本台帳の情報及び聴覚障害による身体障害者手帳の交付に関する情報を確認すること。
- 2 補聴器の購入に係る情報を事業者等に確認すること。
- 3 本申請によって得た情報を、市が必要な範囲で関係機関と共有し、必要に応じて支援に活用すること。

記

申請者（助成対象者）

住所	〒 ー 東近江市	
	日中に連絡可能な電話番号	（ ）
	FAX番号	（ ）
氏名	(フリガナ)	生年月日
		年 月 日 (歳)
対象要件	聴覚障害による身体障害者手帳の交付 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている ※ 該当するチェック欄（ <input type="checkbox"/> ）に✓印を記入してください。 ※ 聴覚障害による身体障害者手帳の交付を受けている人は、助成対象となりません。	

代筆者 ※ 申請者本人による申請の場合は、記入不要です。

代筆者住所	〒 ー	
	日中に連絡可能な電話番号	（ ）
代筆者氏名	(フリガナ)	申請者との関係
代筆理由		

- 添付書類
- 1 提出の日前 3 月以内に発行された医師意見書（様式第 2 号）の原本
 - 2 住民票の写し
 - 3 市税に滞納がないことを証明する書類
- ※ 2 及び 3 については、個人情報の利用に係る同意書（様式第 3 号）を添付する場合は省略することができる。