

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

（宛先）甲州市長

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

甲州市介護予防のための補聴器購入費助成金交付申請書

甲州市介護予防のための補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。また、甲州市介護予防のための補聴器購入費助成金の交付に係る審査のため、私の市税等の収納状況及び課税状況を確認すること並びに、県のアンケート実施に伴い、氏名、住所等の個人情報を県へ提供することについて同意します。

氏名		年齢	
生年月日	年	月	日
住所			
補聴器の種類	製造会社：		
	製品名：		
購入する補聴器の種類	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
見積額	円		

添付資料

(1) 補聴器に関する意見書（様式第2号）

（医師が証明した日から6か月以内のもの）

(2) 意見書の処方により補聴器販売業者が作成した補聴器本体の購入費用額の見積書

様式第2号（第6条関係）

補聴器に関する医師の意見書

フリガナ			
氏名			
生年月日		年齢	歳
病名	加齢性難聴 ・ その他 ( )		
日常生活について	日常生活において、以下の質問にあてはまるものに○をつけてください。 聞こえない（聞こえづらい）ことで生活に支障がある。  ある                      なし		
聴力	右	db	左                      db
補聴器の要・否	右	( 要 ・ 否 )	左 ( 要 ・ 否 )

上記の者は、身体障害者手帳交付対象にならないが、補聴器が必要な状態であることを証明する。

年      月      日

医療機関

医師名

様式第3号（第6条関係）

意見書の処方により補聴器販売業者が作成した補聴器本体の購入費用額の見積書

見積書貼付け

見積書貼付け

認定 補聴器 技能者名	氏名：	登録番号：
-------------------	-----	-------