

様式第 1 号（第 7 条関係）

刈谷市難聴高齢者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

刈谷市長

申請者 住 所 .....

氏 名 .....

電話番号 ( ) - .....

次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、私及び世帯員の課税状況等の必要な情報を市が取得することに同意します。また、このことについて、当該世帯員から同意を得ています。

|             |         |                                                                                                                   |
|-------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対<br>象<br>者 | 住 所     | <input type="checkbox"/> 同上                                                                                       |
|             | フリガナ    |                                                                                                                   |
|             | 氏 名     |                                                                                                                   |
|             | 生 年 月 日 | 年 月 日                                                                                                             |
| 購入する補聴器     |         | <input type="checkbox"/> 片 耳（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左） <input type="checkbox"/> 両 耳 |
| 確 認 事 項     |         | <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法その他の法令の規定に基づく補聴器の購入に係る助成を受けていません。                                              |

【市確認欄】

| 受給要件                               | 添付書類                                                                            | 課税確認                                                                  |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 65 歳以上高齢者 | <input type="checkbox"/> 医師の意見書（3 カ月以内）<br><input type="checkbox"/> 見積書（3 カ月以内） | <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯<br><input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 |
| 受付者                                | <input type="checkbox"/> 認定補聴器技能者の在籍証明書<br>※認定補聴器専門店の見積りの場合は不要                  |                                                                       |
|                                    |                                                                                 |                                                                       |

様式第 1 号（第 7 条関係）

刈谷市難聴高齢者補聴器購入費助成申請書（記入例）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

刈谷市長

申請者 住 所 刈谷市〇〇町〇丁目〇番地

氏 名 刈谷 花子

番号 (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

申請者は、助成対象者本人が  
ご記入ください。

次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、私及び世帯員の課税状況等の必要な情報を市が取得することに同意します。また、このことについて、当該世帯員から同意を得ています。

|             |         |                                                                                                                                          |
|-------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対<br>象<br>者 | 住 所     | <input checked="" type="checkbox"/> 同上                                                                                                   |
|             | フリガナ    | カリヤ ハナコ                                                                                                                                  |
|             | 氏 名     | 刈谷 花子                                                                                                                                    |
|             | 生 年 月 日 | 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日                                                                                                                        |
| 購入する補聴器     |         | <input checked="" type="checkbox"/> 片 耳 ( <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 両 耳 |
| 確 認 事 項     |         | <input checked="" type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法その他の法令の規定に基づく補聴器の購入に係る助成を受けていません。                                                          |

【市確認欄】

|                                   |                                                                               |                                                                       |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 受給要件                              | 確認事項                                                                          | 備考                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 65歳以上高齢者 | <input type="checkbox"/> 医師の意見書（3カ月以内）<br><input type="checkbox"/> 見積書（3カ月以内） | <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯<br><input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 |
| 受付者                               | 認定補聴器技能者の在籍証明書<br>（見積りの場合は不要）                                                 |                                                                       |

必ずチェックしてください。

市職員が記入