

近江八幡市長 宛

申請者（助成対象者）

フリガナ	ハチマン ハナコ
氏名	八幡 花子
生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
住所	近江八幡市〇〇町〇〇番地
電話	***-****-****

## 近江八幡市高齢者補聴器購入費助成金申請書

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、近江八幡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。
- 4 助成金の交付の決定前及び補聴器の使用から一定期間経過後に日常生活活動・コミュニケーションについてのアンケートに協力すること。

## 対象要件への該当確認

- |  |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器の購入について、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第76条第1項に規定する補装具費の支給の対象者ではない |
| <input checked="" type="checkbox"/> 過去にこの事業による助成を受けたことがない  |

## 添付書類（3点）

- |  |                   |
|--|-------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器の見積書（対象者本人宛のもの）               | ← 補聴器販売店でもらってください |
| <input checked="" type="checkbox"/> 近江八幡市高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書（別紙様式第2号） | ←                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> オーディオグラム検査結果（申請日から6月前までのもの）      | ← 医師からもらってください    |