

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

土佐清水市長 様

土佐清水市高齢者補聴器購入補助金交付申請書

土佐清水市高齢者補聴器購入補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。私は、この申請に関して私の住民基本台帳の情報及び、私が土佐清水市に納付すべき市税等、介護保険料、後期高齢者医療保険料の納付状況、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況等について、健康推進課長が調査を行うことに同意します。

申請者	フリガナ			生年月日
	氏名			大正・昭和 年 月 日（ 歳）
	住所	〒 — (電話番号)		
	対象要件	身体障害者手帳（聴覚）の有無 <input type="checkbox"/> なし		
記入者 （申請者と異なる場合）	氏名		対象者との関係	
	住所	〒 — (電話番号)		

※補聴器販売事業者が作成した見積書を添付すること。

医師による証明	
対象者氏名 _____	
上記の方は、片耳の聴力レベルが40dB以上70dB未満であるため、補聴器が必要であると認めます。	
(右耳：_____dB , 左耳_____dB)	
※必要と認める場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。	
<input type="checkbox"/> イヤモールド	
年 月 日	
医療機関	所在地 名称 医師氏名 ⑩