様式第1号(第5条関係)

加西市高齢者補聴器購入費助成事業申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者　(助　成　対　象　者) | フ リ ガ ナ |  |
| 氏　 名 |  |
| 住 　所 | 〒　　　- |
| 生 年 月 日 | 年　　月　　日 |
| 電 話 番 号 |  |
| 補聴器の種類 |  |
| 購入予定金額 | 円 |
| 助成金申請額 | 円 |
| 身体障害者手帳 | 有　・　無 |
| 加西市長　様  　上記のとおり補聴器購入の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  　なお、この申請にあたり、市が申請者に関する住民基本台帳を閲覧することに同意します。  令和　　年　　月　　日  申請者(助成対象者)　住　所    　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　※  ※　ご本人が手書き出来ない場合は、記名・押印してください。 | | |

様式第2号(第5条関係)

加西市高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

* 太枠内は申請者(助成対象者)が記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  |
| 氏　 名 |  |
| 住 　所 | 〒　　　- |
| 生 年 月 日 | 年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 対 象 聴 力 | □両耳とも中等度(40dB以上70dB未満)以上の難聴  □両耳又は片耳の聴力が40dB未満だが補聴器が必要  □その他  理由(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 聴力検査結果 | オージオグラムをこの欄(裏面でも可)に添付してください。 |

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　印

※　ご記入いただいた医師意見書は、患者様へお渡しください。

様式第4号(第8条関係)

令和　　年　　月　　日

加西市高齢者補聴器購入費助成金事業請求書

加西市長　様

住　所

申請者　　　　　　　　　　　　　　印

(助成対象者)

令和　年　月　日付加健長第　　号で交付決定を受けた補聴器の購入が完了しましたので下記のとおり請求します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１請求金額　　　　　:　　　　　　　　　　　円

２補聴器購入年月日　:　令和　　年　　月　　日

３添付書類　　　　　:　領収書、補聴器の型番がわかる書類

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | (　　　　　　　　　　)銀行・信用金庫・信用組合・農協  (　　　　　　　　　　)本店・支店・出張所 | | | | | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ)  口座名義人 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |