

様式第1号(第4条関係)

令和 年度大山町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

令和 年 月 日

大山町長 様

下記のとおり補聴器購入費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、町が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

申請者 (対象者)	フリガナ		生 年 月 日		
	氏 名		大正		
			昭和	年	月 日 (歳)
	住 所	〒689- 大山町			
		電話番号 - -			

予定する購入費	円
助成金申請額	円 購入費の1/2 上限30,000円100円以下切り捨て
補聴器の種類	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳穴型 <input type="checkbox"/> その他()

※ テクノイド協会認定補聴器専門店のメーカー・型番の記載された見積書を添付すること

医師による証明	
	年 月 日
対象者氏名	_____
上記の方は両耳の聴力レベルが概ね40dB以上70dB未満であり、補聴器の装用が有用であると認めます。	
(右耳: _____ dB , 左耳 _____ dB)	
聴力レベルが40dB未満もしくは70dB以上でも補聴器が必要と判断される場合は次に理由を記載してください。	
理由:	_____
医療機関	所在地
	名 称
	医師氏名 (印)
	電話番号

※ 鳥取県の身体障害者福祉法の規定に基づく聴覚障害区分に指定された医師であること