

（宛先）  
岩国市長 様

岩国市高齢者補聴器購入費助成申請書

岩国市高齢者補聴器購入費助成事業による助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、助成金の交付の審査に当たり、申請者の住民基本台帳、身体障害者手帳（聴覚障害）取得状況、補聴器の購入状況その他必要な情報について、市が各関係機関に調査し、照会し、又は閲覧することを承諾します。

|                  |  |  |      |               |
|------------------|--|--|------|---------------|
| 申請者<br>(助成対象者)   | フリガナ   |  | 生年月日 | 年 月 日<br>( 歳) |
|                  | 氏 名  | ※申請者が自署できない場合は、記名及び押印をしてください。  |      |               |
|                  | 住 所  | 〒  |      |               |
|                  | 電話番号   |  |      |               |
|                  | 対象要件<br>□印に✓してください。<br>(全てに該当する方が交付対象になります。) | <input type="checkbox"/> 岩国市内に住所を有する 65 歳以上の者である。<br><input type="checkbox"/> 聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付の対象とならない者である。<br><input type="checkbox"/> 両耳の聴力レベルが、30 デシベル以上の者である（両耳の聴力レベルが 30 デシベル未満であっても、補聴器の装用が必要であると医師が認める者を含む。）。<br><input type="checkbox"/> 申請日から過去 5 年間に本事業による助成金の交付の決定を受けていない者である。 |      |               |
| 購入する補聴器の<br>販売業者 | 名称<br>所在地<br>電話番号                            |  |      |               |

|                    |            |  |             |  |
|--------------------|------------|--|-------------|--|
| (申請者と異なる場合)<br>記入者 | フリガナ       |  | 申請者との<br>関係 |  |
|                    | 氏 名        |  |             |  |
|                    | 住 所        | 〒  |             |  |
|                    | 電話番号       |  |             |  |
|                    | 通知等<br>送付先 | <input type="checkbox"/> 申請者（対象者） <input type="checkbox"/> 記入者<br>※ どちらかの□印に✓してください。 |             |  |

添付書類

- (1) 岩国市高齢者補聴器購入費助成についての意見書（様式第2号）  
※ 身体障害者福祉法第15条1項に規定する医師によるものに限る。
- (2) 岩国市高齢者補聴器購入費助成についての意見書に基づく補聴器見積書  
※ 市において補装具業者として登録を受けている補聴器販売業者（支店を含む。）に限る。
- (3) その他市長が必要と認める書類