

(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際しては、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。

対象者の自署でない場合、
押印が必要です。

申請者（対象者）	フリガナ	イワキ タロウ	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日 (〇〇 歳)
	氏 名	岩国 太郎 ※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	〒740-0000 岩国市〇町〇丁目〇番〇号 0827-00-0000		
	☒ すべてに が必要です。 ☐ 印に してください。 (全てに該当する方が交付対象になります。)	☒ 岩国市内に住所を有する 65 歳以上の者である。 ☒ 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。 ☒ 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。）。 ☒ 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 販売業者	名称	(株) 〇〇〇〇		
	所在地	岩国市〇町〇丁目〇番〇号		
	電話番号	0827-00-0000		

助成対象者本人による申請
の場合、記入不要です。

(申請者と異なる場合) 記入者	フリガナ	イワキ ハナコ	申請者との関係	子
	氏 名	岩国 花子		
	住 所	〒740-0000 岩国市〇町〇丁目〇番〇号		
	電話番号	0827-00-0000		
通知等 送付先	☐ 申請者（対象者） ※ どちらかの ☐ 印に✓してください。 ☒ 記入者			