

様式第1号（第4条関係）

認知症予防補聴器購入費助成申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 住所  
氏名

次のとおり補聴器購入費の助成を申請します。

なお、助成の決定に係る審査の際、市が私の納税及び課税、生活保護の受給並びに身体障害者手帳の交付に係る状況について調査することに同意します。

利 用 者	住 所	糸魚川市	電 話 番 号	—
	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名			
見積額		円		
備 考 アンケート調査について (項目を確認し、チェックを入れてください。) <input type="checkbox"/> アンケート調査についての説明を読みました。 <input type="checkbox"/> 調査の目的を理解しました。 <input type="checkbox"/> 糸魚川市が実施する補聴器の使用についてのアンケート調査に協力します。				

添付書類

- 身体障害者福祉法第15条第1項の規定により都道府県知事が定める医師が作成した認知症予防補聴器購入費助成医師意見書（様式第2号）  
※作成（診断）日から3か月以内のものに限る。
- (1)の意見書に基づき補聴器販売事業者が作成した補聴器の見積書

----- 事務処理欄 -----

対象区分	決定区分	受付日	決定日
1 聴力が40デシベル以上の者	1 決 定		
2 医師が特に必要と認めたもの	2 却 下		