

福井市難聴高齢者（軽度・中等度）補聴器購入費助成金交付申請書

福井市長 あて

令和 年 月 日

1 申請者（補聴器使用者）

(フリガナ) 氏 名	生年月日	住 所
	年 月 日	〒 福井市
(自署)		連絡先 ()

福井市難聴高齢者（軽度・中等度）補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、福井市難聴高齢者（軽度・中等度）補聴器購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、次の誓約事項及び同意事項を確認し、誓約及び同意の上、関係書類を添えて次のとおり申請します。

2 申請内容（該当する□に✓を記入してください。）

購入予定の補聴器の種類 (管理医療機器番号のある補聴器のみ対象)	☐ ポケット型 ☐ 耳かけ型 ☐ 耳あな型 ☐ その他 ()
助成対象経費の金額 (補聴器の見積額)	円
交付申請額※	円

※補聴器本体（補聴器本体の付属品を含む）の購入費に3分の2を乗じて得た額（1,000円未満の端数は切り捨て。上限50,000円）

3 誓約及び同意（項目を確認の上、該当する項目の□に✓を記入してください。）

誓約・同意事項	項 目	申請者
	年齢は65歳以上になります。	☐
	過去5年以内に本助成金の交付を受けたことがありません。	☐
	暴力団及び暴力団員ではありません。	☐
	聴覚障がいによる身体障害者手帳の交付対象ではありません。また、身体障害者手帳交付台帳その他の情報により、本市が調査することに同意します。	☐
	市民税非課税世帯です。また、本助成金に係る審査手続に必要な範囲において、世帯全員の住民基本台帳、市税の納付・課税状況及び生活保護の受給状況等について、本市が調査することに同意します。	☐

4 添付書類（本申請に添付する書類の□に✓を記入してください。）

添付書類	添付書類	申請者
	医師意見書	☐
	購入する補聴器の管理医療機器番号、販売店名称・所在地等がわかる書類の写し（見積書など）	☐
	申請者の本人確認書類の写し ※氏名、生年月日が確認できるもの	☐

【市職員使用欄】

收受番号	地ヶ第 号	直 郵
收受日	/ :	