様式第1号（第6条関係）

龍ケ崎市高齢者補聴器購入費助成金支給申請書

　　年　　月　　日

龍ケ崎市長　様

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

高齢者補聴器購入費用の助成を受けたいので、龍ケ崎市高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

　なお、この申請に係る審査にあたり、市が私に係る住民基本台帳、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況その他必要な事項を調査することに同意します。

※太枠の中を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 龍ケ崎市 |
| 氏名 | （フリガナ） |
|  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |
|  | | |
| 補聴器の装用に関する医師の意見欄  患者氏名  四分法にて、聴力が対象に該当する場合☑をつけてください。  【対象聴力】  □両耳共に４０㏈以上７０㏈未満  □両耳又は片耳の聴力が４０㏈未満だが、補聴器が必要である  （理由）  上記の者は、聴力検査をした結果、補聴器の使用が必要であると認めます。  　　年　　月　　日  　　　　　　　医療機関　所在地  　　　　　　　　　　　　　　名称  　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |