

第 1 号様式

町田市高齢者補聴器購入助成金交付申請書

年 月 日

町田市長 様

町田市高齢者補聴器購入助成金の交付を受けたく、次のとおり申請します。
また、申請に当たって、以下の事項に同意します。

- ・住民基本台帳、課税台帳の閲覧をすること。
- ・聴覚障がいによる身体障害者手帳の取得状況、聴覚障がいによる補聴器（補装具購入費）の支給状況を確認すること。
- ・申請情報について、高齢者支援センターに情報を提供すること。

対象要件 確認	☐ 市内在住の 65 歳以上の方
	☐ 市民税が非課税の方
	☐ 医師（耳鼻咽喉科）による診察と聴力検査の結果（両耳とも平均聴力レベルが 40 dB 以上 70 dB 未満であること）、補聴器の必要性があると認められた方
※該当するものに ☒	※上記に当てはまらないが、耳鼻咽喉科医が装用について必要があると認める場合も対象
	☐ 身体障害者手帳の聴覚障がいの対象とならない方
	☐ 過去 5 年間にこの事業による助成を受けていない方
	☐ アンケートへの回答と介護予防事業等への参加にご協力いただける方

※既に購入された補聴器については、助成の対象外となります。補聴器購入費以外（集音器や付属品のみ、修理やメンテナンス等）の費用は助成対象外です。

対象者	フリガナ			
	氏 名			
	住 所	〒		
	生年月日		電話番号	
申請者 (※)	フリガナ			
	氏名（続柄）	()		
	住 所	〒		
	生年月日		電話番号	

(※) 申請者が本人の場合は記入不要です

(※) 通知等は対象者に郵送します