

芦屋町長 様

芦屋町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

芦屋町高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第6条第1項の規定に基づき、次のとおり、芦屋町高齢者補聴器購入費助成金を申請します。

なお、本人及び世帯員の個人情報について、助成の決定に必要な確認事項は、町が保有する情報及び販売店により確認することに同意します。

|  |  |   |               |                |
|--|--|---|---------------|----------------|
| 申請者  | フリガナ   |   |               |                |
|  | 氏名   |   |               |                |
|  | 住所   | 芦屋町   |               |                |
|  | 電話番号   |   | 生年月日<br>年 月 日 | 年 月 日<br>年 月 日 |
|  | 対象要件<br>(□に✓)  | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(聴覚障害)を取得(予定を含む。)していない。 |               |                |
| <input type="checkbox"/> 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)に基づく補聴器に係る補装具費の支給を受けていない。 |  |   |               |                |
| <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)その他の法令に基づく補聴器の購入に係る助成を受けていない。                |  |   |               |                |
| 購入を希望する販売店<br>(□に✓)  | 別紙見積書のとおり<br><input type="checkbox"/> 公益財団法人テクノエイド協会が認定する認定補聴器専門店<br><input type="checkbox"/> 認定補聴器技能者が在籍する補聴器の販売店 |   |               |                |
| 記入者<br>(申請者と異なる場合)   | 氏名   |   | 申請者との<br>関係   |                |
|  | 住所   |   | 電話番号          |                |

【添付書類】

- 芦屋町高齢者補聴器購入費助成医師意見書(様式第2号)
- 医療機関が発行したオーディオグラム(様式第2号の記入日前3か月以内のもの)
- 補聴器1台の購入費用に係る見積書(販売店が申請書の提出日前3か月以内に作成したもの)

※両耳一式で購入する場合は、片耳1台の金額が分かる明細等も提出してください。