

様式第 1 （第 6 条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成申請書

年 月 日

(宛先)高浜市長

申請者 氏 名 ㊞

(対象者との続柄：)

住 所

電話番号

次のとおり補聴器購入費等の助成を申請します。また、補聴器等の助成申請決定のため、私の市民税等に関する課税資料その他（必要に応じ世帯分を含む。）について確認することに同意します。

なお、補聴器購入費の助成にあつては、自己負担額を除く金額の請求及び受領に関し、補聴器取扱業者に委任します。

対 象 者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と別住所（下の欄に記入）		
区 分	☐ 新規購入 ☐ 更新 ☐ 修理（ ）			
補 聴 器 の 種 類	☐ 高度難聴用ポケット型 ☐ 高度難聴用耳かけ型 ☐ 重度難聴用ポケット型 ☐ 重度難聴用耳かけ型 ☐ 耳あな型（レディメイド） ☐ 耳あな型（オーダーメイド） ☐ 骨導式ポケット型 ☐ 骨導式眼鏡型			
納 入 業 者 名				
該 当 す る 所 得 区 分	☐ 右記以外 ☐ 所得割 4 6 万円以上			
添 付 し た 書 類	☐ 意見書 ☐ 見積書 ☐ 世帯の所得を証明する書類 ☐ その他（ ）			
備 考				

注 該当する□の中にレ印をつけてください。