

別記様式第 1 号（第 5 条関係）

日野町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

日野町長 様

下記のとおり、高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、日野町高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請します。また申請に当たり、次のことに同意します。

- 1 助成の決定に必要な範囲で、町が保有する住民基本台帳の情報および聴覚障害による身体障害者手帳の交付に関する情報を確認すること。
- 2 補聴器の購入に係る情報を事業者等に確認すること。
- 3 本申請によって得た情報を、町が必要な範囲で関係機関と共有し、必要に応じて支援に活用すること。

記

申請者（助成対象者）

住所	〒 ー 日野町 日中に連絡可能な電話番号 ()	
氏名	(フリガナ)	生 年 月 日
		年 月 日 (歳)
対象要件	聴覚障害による身体障害者手帳の交付 ☐ 受けていない ☐ 受けている ※該当するチェック欄（ ☐ ）に✓印を記入してください。 ※聴覚障害による身体障害者手帳の交付を受けている人は、助成対象となりません。	

代表者 ※申請者本人による申請の場合は、記入不要です。

代筆者住所	〒 ー 日中に連絡可能な電話番号 ()	
代筆者氏名	(フリガナ)	生 年 月 日
		年 月 日 (歳)
代筆理由		

- 添付書類
- 1 提出の日前 3 月以内に発行された医師意見書（様式第 2 号）の原本
 - 2 住民票の写し
 - 3 町税に滞納がないことを証明する書類
- ※ 2 および 3 については、個人情報の利用に係る同意書（様式第 3 号）を添付する場合は省略することができる。

別記様式第2号（第5条関係）

医師意見書

※太枠内は対象者が記入してください。

フリガナ		生 年 月 日
対 象 者		年 月 日
住 所	〒 ー 日野町	

上記対象者は、下記のとおり、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

対 象 聴 力	該当するチェック欄（□）に✓印を記入してください。 ☐ 両耳とも中等度（40dB 以上 70dB 未満）以上の難聴 ☐ 両耳又は片耳の聴力が 40dB 未満だが、補聴器が必要 ☐ その他（ ）
聴 力 検 査 結 果	オーディオグラムをこの欄（裏面でも可）に添付するか、本書の右肩の裏側に留めてください。

年 月 日

医療機関名

医 師 名

※この医師意見書は、記入後に対象者へお渡しください。

別記様式第3号（第5条関係）

個人情報の利用に係る同意書

年 月 日

日野町長 様

申請者 住所

氏名 印

（自書の場合は押印省略可）

生年月日 年 月 日

高齢者補聴器購入費助成金の交付を決定するに当たり、下記の私の個人情報について日野町長が確認することに同意します。

記

- 1 日野町の住民基本台帳に記録されていること。
- 2 町税に滞納がないこと。