

様式第 1 号

## 玉野市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

玉野市長 様

玉野市高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、玉野市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第 5 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

また、この申請につき、私の世帯の住民登録資料、税務資料及び介護保険法により玉野市が保有している私の被保険者に係る情報について各関係機関に情報の調査、照会及び提供等が行われることに同意します。

|              |  |  |   |       |
|--------------|--|--|---|-------|
| 対象者          | ふりがな   |  | 生年月日  | 年 月 日 |
|              | 氏名   |  |   |       |
|              | 住所   | 〒<br><div style="text-align: right;">TEL</div> |   |       |
| 申請者          | <input type="checkbox"/> 対象者本人（下欄に記入不要） <input type="checkbox"/> 対象者本人以外（下欄に記入）  |  |   |       |
|              | 氏名   |  | 続柄  |       |
|              | 住所   | 〒<br><div style="text-align: right;">TEL</div> |   |       |
| 身体障害者手帳の交付状況 |  | なし・あり  | 世帯の市民税課税状況  |       |
|              |  | 非課税世帯・課税世帯                                     |   |       |
| 購入を希望する補聴器   | 種目【 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> その他】    装着箇所 <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 片耳（右・左）  |  |   |       |
| 購入予定事業者名     | ※公益財団法人テクノエイド協会が認定した認定補聴器専門店又は認定補聴器技能者   |  |   |       |
| 添付書類         | <input type="checkbox"/> 補聴器適合に関する診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 見積書（宛名が対象者のもの）<br><input type="checkbox"/> 認定補聴器技能者カードの写し（認定補聴器技能者に補聴器の作成を依頼する場合）<br><input type="checkbox"/> 対象者の属する世帯全員の所得・課税証明書（玉野市で所得・課税情報を確認できない方のみ） |  |   |       |
| 同意確認欄        | 聞こえについてのアンケートや補聴器装用前後のアンケートの回答内容について、市が事業評価等のために活用することに同意します。  |  | <input type="checkbox"/> 同意します<br><input type="checkbox"/> 同意しません |       |

|                        |                              |    |
|------------------------|------------------------------|----|
| 市役所確認欄   （※記入しないでください） |                              |    |
| 市民税課税状況                | 非課税   ・   課税                 | 備考 |
| 交付日                    | 年 月 日（担当                   ） |    |