

様式第 1 号（第 5 条関係）

行田市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

行田市長

住 所

氏 名

申請者

対象者との続柄（ ）

電話番号

行田市高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、行田市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第 5 条の規定により申請します。

対 象 者	住 所	行田市		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	

助成要件

- ☐ 住民基本台帳法（昭和 4 2 年法律第 8 1 号）の規定により本市の住民基本台帳に記録されている者であって、6 5 歳以上の者であること。
- ☐ 両耳の聴力レベルが 4 0 デシベル以上で、障害者の日常生活及び日常生活を総合的に支援するための法律（平成 1 7 年法律第 1 2 3 号）第 7 6 条第 1 項に規定する補装具費の支給を受けることができない者であること。
- ☐ 身体障害者福祉法（昭和 2 4 年法律第 2 8 3 号）第 1 5 条第 1 項に規定する医師が補聴器を装用する必要があると認めた者であること。
- ☐ 市税の滞納がない者であること。
- ☐ 労働者災害補償保険法（昭和 2 2 年法律第 5 0 号）その他の法令の規定に規定する補聴器購入費の助成を受けていない者であること。
- ☐ 交付決定の日から起算して 5 年を経過するまでの間に、再び助成金の交付を受けようとする者でないこと。

（添付書類）

1 行田市高齢者補聴器購入費助成金交付意見書（様式第 2 号）

※ 意見書は 3 月以内に作成されたものに限りです。

2 購入予定の補聴器の品名、メーカー、型番及び金額が分かるもの

（同意）

補聴器購入費助成対象要件の確認のため、住民基本台帳、市税等の収納状況、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況及び補聴器支給の有無について確認し、及び閲覧することに同意します。

申請者氏名 _____