様式第1号（第4条関係）

年　　月　　日

伊予市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

伊予市長　様

住所

氏名

電話番号

伊予市高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

記

1　助成申請額　　　　　円

2　添付書類

　⑴　同意書（別紙1）

　⑵　医師意見書（別紙2）

　⑶　医師意見書に基づいて補聴器等取扱業者が作成した見積書の写し

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック欄 | 要　件　項　目 | 備　考 |
| □ | 市内に住所を有し、現に自宅に居住している。 |  |
| □ | 申請年度において65歳以上である。 |  |
| □ | 市民税非課税世帯又は生活保護受給者世帯である。 |  |
| □ | 身体障害者手帳（聴覚障害）の交付を受けていない。 |  |
| □ | 類似制度による助成を過去に受けていない。 |  |
| □ | 補聴器を購入していない。 |  |

介護課使用欄