

（あて先）南魚沼市長

申請者 住所
氏名
対象者との続柄
電話番号

難聴者補聴器購入費助成申請書

次のとおり補聴器購入費の助成を申請します。

購入費助成の決定のため、貴職において対象者の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。また、対象者及び対象者の属する世帯の世帯員にあつては、私の責任において、本申請を行うこと、必要な調査を受けることについては説明し了解を得ています。

対象者	住 所	※申請者と異なる場合のみ記入 南魚沼市				
	フリガナ 氏 名	※申請者と異なる場合のみ記入				
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	電話番号					
申請区分	1 新規申請 2 再 申 請（前回交付決定日 年 月 日）					
身体障害者手帳 の 申 請 の 有 無	有 ・ 無 ※障害者総合支援法等に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めることがあります。					
備 考						

添付書類

- (1) 身体障害者福祉法第15条の規定により都道府県知事が定める医師が作成した補聴器購入意見書（様式第2号）
 - (2) (1)の意見書に基づき補聴器販売事業者が作成した補聴器の見積書
 - (3) 対象者の属する世帯全員の所得・課税証明書※
 - (4) その他市長が必要と認める書類
- ※(3)は、南魚沼市の公簿により所得・課税状況が確認できない方のみ必要