

(あて先)日野市長

日野市高齢者補聴器購入費助成金申請書

日野市高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、日野市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。
また、申請にあたり、次の事項に同意します。

【同意事項】

- 1 対象者の個人情報について、助成の決定に必要な範囲内において、市の関係部課が保有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

申請者 (対象者)	フリガナ			
	氏 名	印		
	住 所	日野市		
	電話番号			
	生年月日	□大正 □昭和 年 月 日 (満 歳)		
	対 象 件 要	住民税の課税状況	□ 非課税 □ 課税(合計所得金額が135万円以下)	
		身体障害者手帳(聴覚障害)	□ 取得していない	
5 年以内に日野市の同事業助成金を受けたことが		□ ない		

記入者 (申請者と異なる場合)	フリガナ			
	氏 名			
	申請者との関係			
	住 所	〒 ー		
	電話番号			
	通知等送付先	□ 申請者(対象者) □ 記入者 ※ どちらかの□印に✓してください。		

添付書類

- 医師意見書(オージオグラムを含む) ※ 要件確認後に配付します
- 住民税(非)課税証明書 ※ 課税の基準日において日野市に住所を有しない方のみ
- その他()

処理欄 ※ 以下は記入しないでください。

年齢	所得	5 年	申請	意見書		決定	報告	確定	支出	完了
			受 /	発 /	受 /	/ 号		/ 号		