

(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

①太枠内記入(全員必須)

申請者氏名(補聴器を利用する方)・住所・電話番号・生年月日を記入し、押印ください。

「対象要件」は①②③それぞれに当てはまる項目□印へ✓してください。

※☑が3つ付く方が助成の対象となります。

申請者 (対象者)	フリガナ	ヒノ タロウ
	氏 名	日野 太郎
	住 所	日野市神明 1-12-1
	電話番号	042-0000-0000
	生年月日	□大正 ☑昭和      〇〇 年   〇 月   〇 日 (満 〇〇 歳)
	対 象 要 件	<div>① 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)</div> <div>② 身体障害者手帳(聴覚障害) ☑ 取得していない</div> <div>③ 5年以内に日野市の同事業助成金を受けたことが ☑ ない</div>

日野

請求の際にも同じ印鑑  
をご使用ください。

記入者 (申請者と異なる場合)	フリガナ	ヒノ イチロウ
	氏 名	日野 一郎
	申請者との関係	長男
	住 所	〒 191 - 0065 日野市旭が丘 7-1-1
	電話番号	042-0000-0000
	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。

②中太枠内記入(該当する方のみ)

申請者に代わって、ご家族様等が代筆する場合は記入してください。申請者ご本人様が記入する場合は記入不要です。  
「通知等送付先」は、希望する送付先に☑してください。

添付書類

- 医師意見書(オーディオグラムを含む) ※ 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
			/	/	/	号	号		

処理欄には記入しないでください。