

様式第1号（第5条関係）

令和 年 月 日

宇陀市長 様

申請者  
住 所  
氏 名  
連 絡 先

宇陀市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

宇陀市高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、宇陀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、関係書類を添えて申請いたします。

1 補聴器の利用者及び補聴器の内容等

利用者	住所	宇陀市	電話番号	
	ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏名			
購入予定機種	製造会社		製品名	
	種類	【 箱型・耳掛け式・耳穴式・その他 ( ) 】		
購入予定日	年 月 日			
購入予定金額	円			
交付申請額	円 補聴器1台分の購入費×1/2（上限20千円 千円未満端数切捨て）			

2 添付書類（3か月以内に発行されたものに限る。）

- (1) 本人確認ができる書類
- (2) 医師意見書（様式第2号）
- (3) 補聴器の購入費を確認できる見積書等の写し
- (4) 納税等確認承諾書（様式第3号）
- (5) その他市長が必要と認める書類

様式第2号（第5条関係）

医師意見書  
(宇陀市高齢者補聴器購入費助成金の交付申請用)

氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	宇陀市		
<p>確認のため、<input type="checkbox"/>にチェック<input checked="" type="checkbox"/>してください。</p> <p>対象聴力</p> <p><input type="checkbox"/> 両耳の聴力レベルが50dB以上70dB未満</p> <p><input type="checkbox"/> 1耳の聴力レベルが30dB以上かつ他耳の聴力レベルが70dB以上</p> <p>検査結果</p> <p><input type="checkbox"/> 3か月以内のオーディオグラム（純音聴力検査表）の添付が可能</p> <p>上記の者は、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関 所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名 印</p> <p>(署名の場合は、押印不要です。)</p> <p>電話番号</p>			

※身体障害者福祉法第15条第1項の規定により都道府県知事が定める医師に限る。

※3か月以内のオーディオグラムを添付してください。

様式第3号（第5条関係）

納税等確認承諾書

令和 年 月 日

宇陀市長 様

(行政サービス申請者)

住 所

氏 名 ⑩

行政サービス事業	宇陀市高齢者補聴器購入費助成金交付事業
----------	---------------------

上記の行政サービスの申請に際し、市税の納税状況を担当職員が確認することについて同意します。

納税状況の確認内容
滞納の有無 : 有 ・ 無
滞納があるときの詳細 ( )

確認年月日	令和 年 月 日
確認担当職員	

宇陀市長 様

申請者（補聴器の利用者）  
住 所  
氏 名  
連 絡 先

宇陀市高齢者補聴器購入費助成金実績報告書

令和 年 月 日付け 第 号で助成金の交付決定を受けた宇陀市高齢者補聴器購入費助成金について、宇陀市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第8条の規定により、関係書類を添えて報告します。

1 補聴器の内容等

購入機種	製造会社	製品名
	種類 【 箱型・耳掛け式・耳穴式・その他（ ）】	
購入日	令和 年 月 日	
購入金額	円	
交付決定額	円	

2 添付書類

- (1) 補聴器の購入費を確認できる領収書等の写し
- (2) 補聴器の型番が分かる書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

宇陀市長 様

申請者（補聴器の利用者）

住 所

氏 名

連 絡 先

⑩

宇陀市高齢者補聴器購入費助成金交付請求書

令和 年 月 日付け 第 号で助成金の交付額の確定のあった宇陀市  
高齢者補聴器購入費助成金について、宇陀市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第10条  
第2項の規定により、次のとおり請求します。

請 求 額	金 額 円
-------	-------

振込先

金 融 機 関 名			
支 店 名			
口 座 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号	
フリガナ			
口 座 名 義 人			