別記様式（第４条関係）

高齢者補聴器購入費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

熱海市長　　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 |  |

熱海市高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、熱海市高齢者

　補聴器購入費助成金交付要綱第４条第１項の規定により、次のとおり申請

します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成金算定額 | | 購入費　　　　　助成率  　　　　　　　　円　×１／２　＝　　　　　　　　円  （１００円未満切捨て） | | | | | | | | | |
| 申請（請求）額 | | 円  （助成金算定額と３万円の少ない方の額） | | | | | | | | | |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀行・ 信金  　　　　　　農協・（　　） | | | | 本店  支店 | | | | | |
| 預金種別 | １普通 ２当座 | 口座番号 |  |  | |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | |
| 私は、補聴器の購入について、他の法令の規定による助成の対象とならないこと及び市税等に滞納がないことを誓約します。また、市が交付決定に必要な個人情報を確認することに同意します。  申請者氏名 | | | | | | | | | | | |

＊購入した補聴器の領収書の写しを添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の証明 | （申請者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　について、  両耳の聴力レベルが４０デシベル以上であること及び日常生活に  おいて補聴器を使用する必要があることを証明します。  年　　月　　日  　　所 在 地  医療機関　　名　　称  　　　　　　医師氏名  　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） |