

甲斐市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 対象者との続柄 \_\_\_\_\_

甲斐市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成金交付申請書

甲斐市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、甲斐市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成金実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

助成対象者	住 所	甲斐市	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	( 歳)
	電話番号		
過去5年間の補聴器購入状況	右 (有・無) 左 (有・無)		購入年月
	<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> 甲斐市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成事業 <input type="checkbox"/> 甲斐市難聴児補聴器購入等助成事業 <input type="checkbox"/> その他 ( )		年 月
	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> その他( )		右耳・左耳
購入する補聴器の種類			
見 積 額	円		
認定補聴器技能者名	氏名 :	登録番号 :	

■添付書類

- 1 甲斐市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成に関する意見書（様式第2号）  
（医師が証明した日から6か月以内のもの）
- 2 意見書の処方に基づき、認定補聴器技能者が作成した見積書

<p>【同意欄】 <input type="checkbox"/> 次の全ての事項について確認し、同意します。</p> <p>※チェック欄（<input type="checkbox"/>）にレを記入してください。</p> <p>(1) 申請内容に虚偽はありません。</p> <p>(2) この助成金の審査等に当たり必要な住民基本台帳及び市税の納税状況その他審査等に当たり必要な事項について、市が保有する公簿等により確認すること及び審査に当たり必要な事項について、市が関係機関等に照会することに同意します。</p> <p>(3) 私は、甲斐市暴力団排除条例(平成27年甲斐市条例第23号)第2条第1号に規定する暴力団、同条第2号に規定する暴力団員又は同条第3号に規定する暴力団員等に該当しません。</p>
--