

# 補聴器購入費助成金申請書

立川市長 殿

以下のことに同意のうえ、補聴器購入費助成を申請します。

- 審査のため、立川市が申請書に記入した内容について公簿等を確認すること
- 申請書に記入した情報を、認定補聴器専門店・認定補聴器技能者が在籍する店舗に提供すること。
- 他市からの転入の場合は、申請者側で課税証明書を手配すること。
- 医師の意見書は補聴器相談医から取得すること。
- 助成決定後は認定補聴器専門店・認定補聴器技能者が在籍する店舗で補聴器を購入すること。
- 申請書の記載事項に変更が生じたときや、補聴器の購入が不要になった場合などのときは速やかに市まで届け出ること。
- 不正に助成を受けていた事実が判明した場合等においては、助成の返還請求に応じること。

年 月 日 対象者署名 印

(代筆可)

※自署の場合は押印を省略することができます。

対象者 (申請者)	ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	
	氏名		<input type="checkbox"/> 女	月日	・	・	日生 歳	
	住所	立川市 町 丁目						
	電話番号	( ) FAX ( )						
	対象要件確認	<input type="checkbox"/> 満18歳以上の立川市民で合計所得金額が2,100,000円未満 <input type="checkbox"/> 聴覚障害による補聴器(補装具購入費)の支給の対象とならない <input type="checkbox"/> 過去5年間に、立川市で補聴器購入費の助成を受けていない						

記入者が代理の場合は、下記の欄を記入してください。

記入者	ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	
	氏名		<input type="checkbox"/> 女	月日	・	・	日生 歳)	
	住所	〒						
	電話番号	( ) FAX ( )						
	通知の送付先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 記入者						

..... 以下は記入しないでください。 .....

<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 所得要件 <input type="checkbox"/> 意見書要件 <input type="checkbox"/> 5年以上	市・受付印			
上記申請について ( 決定 ・ 却下 ) する。				
起案	. . .	担当	係長	課長
決定	. . .			
施行	. . .			