様式第１号（第４条関係）

柏原市難聴高齢者補聴器購入費助成申請書

　年　　月　　日

柏原市長　様

申請者

住 　所

氏 　名

電話番号　　　　　　（　　　）

難聴高齢者補聴器購入費の助成について、次のとおり申請します。なお、申請にあたり、支給条件の確認のために、対象者の住民情報・課税情報・障がい情報を市が確認することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 | 柏原市 |
| フリガナ氏名 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 電話番号 | 　　　　（　　　） |
| 補聴器の種類 | □　ポケット型　　□　耳かけ型□　耳あな型　　　□　その他（　　　　　　） |
| 見積額 |  |
| 備　考 |  |

添付書類 (１)　医師が作成した柏原市難聴高齢者補聴器購入費助成医師意見書（様式第２号）

　　　　 (２) (１)の意見書に基づき認定補聴器専門店が作成した管理医療機器として指定された補聴器の見積書