

様式第 1 号（第 6 条関係）

海南市高齢者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

海南市長 様

次のとおり、高齢者補聴器購入費の助成について申請します。また、世帯の課税状況及びその他の必要な事項について市が保有する情報を調査することに同意します。

申請者 (対象者)	ふりがな			
	氏 名			
	住 所			
	生年月日		年 齢	歳
	電話番号			
	申請金額	円（上限：30,000 円）		

<注意> 文書料は申請者の自己負担です。

医師の意見欄	
四分法にて該当する聴力にチェックしてください。（3か月以内のもの） ☐両耳とも 40dB 以上 70dB 未満 ☐片耳が 40dB 以上（補聴器が必要と判断した理由を記入して下さい。） 理由： _____ 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 医師氏名 電話番号	

※オーディオグラム（純音聴力検査表）を添付してください。