様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　稲敷市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　-　　　　-

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　　　　）

稲敷市高齢者補聴器購入費用助成金交付申請書

　助成金の交付を受けたいので、稲敷市高齢者補聴器購入費用助成金交付要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

　なお、市が助成金の交付決定の資格審査をするに当たり、市税等の納付状況、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況その他必要な事項について調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 稲敷市 | | |
| 氏　　　名 |  | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　年　　　 月　 　　日 | | |
| 性　　　別 | 男　・　女 | 年 齢 | 歳 |
| 補聴器の金額 | | 円 | | |
| 助成金交付申請額 | | 円 | | |
| 振込先口座 | 金融機関名 |  | 支店等名 |  |
| 預金種目 | 当座 ・ 普通 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 （カタカナ） |  | | |

添付書類

（１）補聴器購入時の領収書（購入日・購入者氏名・購入店名が明記されている原本）

（２）補聴器の品目等が確認できる書類（取扱説明書の表紙等）の写し

　　（領収書にて同内容が確認できない場合に添付）

（３）その他市長が必要と認める書類

**※市記入欄**

|  |  |
| --- | --- |
| **市内在住・６５歳以上** | **該当 ・ 非該当** |
| **聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付を受けていないこと** | **該当 ・ 非該当** |
| **過年度に１度でも補助を受けていないこと** | **該当 ・ 非該当** |
| **本人に市税等の滞納無し** | **該当 ・ 非該当** |