

高齢者補聴器購入費助成金交付対象者事前確認書

令和 年 月 日

逗子市長

申請者（対象者）

住 所	逗子市
フ リ ガ ナ 氏 名	
生 年 月 日	昭和 年 月 日生 (歳)
電 話 番 号	(携帯) (固定)

次のとおり逗子市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第2条1項第1号から第4号及び第6号の規定による対象者該当の可否について確認していただきたく本書を提出します。

逗子市が購入費助成金交付対象者該当の可否を確認するため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、関係機関に調査し、照会し、及び閲覧することを承諾します。

市 町 村 民 税	<input type="checkbox"/> 課税（市民税を払っている） <input type="checkbox"/> 非課税（市民税を払っていない）		
受診医	現在通院中の耳鼻咽喉科名称（ ） 通院中の耳鼻咽喉科の住所（ ） 通院中の耳鼻咽喉科の電話番号（ ） <input type="checkbox"/> 補聴器相談医に該当する <input type="checkbox"/> 補聴器相談医に該当しない 補聴器相談医に該当する場合 <input type="checkbox"/> 逗子市指定の「逗子市高齢者補聴器購入費助成事業 医師意見書」又は一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会が提供する「補聴器適合に関する診療情報提供書」を発行してもらえる		
購入を希望する 店舗名称等	購入希望店舗名称（ ） 住所及び電話番号（ ） <input type="checkbox"/> 公益財団法人テクノエイド協会が認定する認定補聴器専門店に該当する <input type="checkbox"/> 認定補聴器技能者のいる店舗に該当する		
聴覚障がいによる 身 体 障 害 者 手 帳 の 有 無	有・無	連 絡 方 法 等	FAX MAIL その他
添 付 書 類	(逗子市の公簿で所得・課税情報を確認できない方のみ) <input type="checkbox"/> 申請者の非課税証明書		
備 考			