第1号様式

葛飾区補聴器購入費用助成申請書

住　所	〒 葛飾区 電話番号　（　　）		
フリガナ		生 年 月 日	
氏　名		明治・大正・昭和　　年　　月　　日生	
購入金額	円	補聴器の種類	
		箱型 ・ 耳かけ型 ・ 耳穴型	

葛飾区長　あて　　年　　月　　日

上記のとおり関係書類を添えて補聴器購入費の助成を申請します。
なお、高齢者支援課長が私及び世帯員の課税台帳、住民基本台帳を閲覧することに同意します。

住 所

申請者

氏 名　　㊞

支払額は下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀　行 信用金庫 信用組合 協同組合	本　店 支　店 店　名	種目	口座番号							
			普通								
	フリガナ										
	口座名義人										

注　意　○この申請書に購入した補聴器の領収書（原本）を添付してください。
○助成対象となる補聴器は管理医療機器として認定された製品に限ります。

支給要件　○満65歳以上で住民税非課税世帯（4月から6月までに申請したときは前年度分とする）に属する方に35，000円（一回限り）を限度に支給します。
（申請する年に葛飾区に転入された方は、前住所地の住民税非課税証明書が必要です。）

医師の意見欄

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の方は日常生活を送るために、補聴器が必要であると認めます。

年　　月　　日

所 在 地

医療機関　名　　称

医師氏名　　㊞

電話番号　　（　　）

この欄は記入しないでください。

受 付	台帳	所得	領収書	備　　考