

第1号様式（第4条関係）

昭島市高齢者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

（宛先）昭島市長

昭島市高齢者補聴器購入費助成金の助成を受けたく、次のとおり申請します。

また、申請に必要な要件の確認について、市が次の内容を公簿等により確認することに同意します。

- ・前年（申請日の属する月が1月から5月までの間である場合には前々年）の合計所得金額（課税の基準日において昭島市に住所を有していた方）
- ・聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況や補聴器（補装具購入費）の支給の有無

申請者（補聴器を使用する方）	フリガナ	
	氏名	
	住所	
	電話番号	
	生年月日	年 月 日（満 歳）
	対象要件	<input type="checkbox"/> 前年の合計所得金額（申請日の属する月が1月から5月までの間である場合には前々年の合計所得金額）が210万円未満である <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（聴覚障害）を取得していない <input type="checkbox"/> この助成金の交付を過去5年以内に受けていない

※申請者と記入者が同一の場合、下記の欄は記載不要です。

記入者	氏名	
	申請者との関係	
	住所	
	電話番号	

添付書類

- 医師意見書（証明書）（オーディオグラムを含む） ※要件確認後に配付します
- 住民税（非）課税証明書 ※課税の基準日において昭島市に住所を有しない方のみ
- その他（ ）

市処理欄 ※以下は記入しないでください

年齢	所得	5年	送付先	申請	意見書		決定	請求	確定	支出	完了
			<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 記入者	受 /	発 /	受 /	/ 号	受 /	/ 号		