

西東京市聞こえのコミュニケーション支援事業補聴器購入費補助金申請書

西東京市長あて

つぎのとおり申請いたします。

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

対象要件	次の全ての要件を満たす方が対象となります。	
	・満65歳以上の西東京市民で住民税均等割及び所得割が非課税の方	
	・聴覚障害による補聴器(補装具購入費)の支給の対象とならない方	
	・検査の結果、補聴器相談医により補聴器の必要性を認められる方	
	・過去5年間に、西東京市で補聴器購入費の補助を受けていない方	
・補聴器購入後のアンケートにご協力いただける方		

利用対象者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 - 西東京市
	電話番号	()
	生年月日	大正・昭和 年 月 日(満 歳)

※利用対象者本人が申請する場合、下記の申請者欄は記載不要です。

申請者	フリガナ	
	氏名	対象者との続柄()
	住所	〒 -
	電話番号	()

書類送付先	<input type="checkbox"/> 利用対象者に同じ	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
-------	-----------------------------------	---------------------------------

同意書	申請にあたり、次の事項に同意します。	
	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の個人情報において、補助の決定に必要な範囲内において市の関係部署が保有する情報を市が確認すること ・補聴器の購入に係る情報を事業者等に市が確認すること ・補聴器購入後のアンケートに利用対象者もしくは申請者が協力すること 	
	利用対象者氏名	申請者氏名(利用対象者本人が申請した場合は記載不要)

----- 以下市記入欄(記入しないでください) -----

收受印	通知先	承諾	不承諾
	<input type="checkbox"/> 対象者	<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 市在住 <input type="checkbox"/> 他制度無 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 5年給付無