

## 高齢者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

杉並区長 宛

次のとおり、杉並区高齢者補聴器購入費助成を申請します。

申請に当たり、次のことに同意します。

- 1 区が杉並区補聴器購入費助成事業の資格要件確認のため、住民記録情報・税情報等区が保有する個人情報を確認すること。
- 2 区が申請者に係る情報について、必要に応じ、医療機関又は補聴器販売店から提供を受け、又はこれらに提供すること。

申請者 (利用者)	フリガナ		生年月日	
	氏名		大 昭 年 月 日 ( ) 歳	
	住所	〒 ー 杉並区		
	電話番号	自宅 ( )	携帯 ( )	
確認事項	●次の要件を全て満たす場合に対象となります。□にレ印を記入してください。			
	<input type="checkbox"/> 聴覚障害による身体障害者手帳交付の対象ではない。			
	<input type="checkbox"/> 過去5年以内に助成を受けていない。			
	<input type="checkbox"/> 補聴器は購入前である。			
	●課税状況によって助成額が異なります。			
	住民税非課税世帯		助成限度額：72,450円	
	住民税課税世帯		助成限度額：36,230円	

	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
記入者	フリガナ		使用者との関係
	氏名		
	住所		
	電話番号		

### 【問合せ先】

杉並区役所 保健福祉部高齢者在宅支援課管理係

電話03-3312-2111 (代表)

