様式第１号（第５条、第８条関係）

年　　月　　日

（宛先）小金井市長

小金井市高齢者補聴器購入費助成金申請書

助成金の交付を受けたいので、小金井市高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第５条第１項の規定により、以下のとおり申請します。

なお、申請に必要な要件の確認について、次の事項に同意します。

・住民基本台帳の閲覧をすること。

・住民税課税状況の閲覧をすること。

・聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況、聴覚障害による補聴器（補装具購入費）の支給の有無を確認すること。

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歳以上の小金井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 ・過去５年間に、小金井市で補聴器購入費の助成を受けていない方 ・検査の結果、耳鼻咽喉科を標ぼうする医師により補聴器の必要性を認められる方

対象者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒　　－
	電 話 番 号	（　　）
	生 年 月 日	□明治　□大正 □昭和　□西暦　　年　　月　　日（満　　歳）

※申請者本人が対象者の場合、下記の欄は記載不要です。

申請者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒　　－
	電 話 番 号	（　　）

※以下は記入しないでください。

収受印	通知先	承諾　　不承諾		
	□対象者　□申請者	□住民　　□非課税 □他制度外　□５年給付無し		
	備考	担当	係長	課長