

高齢者補聴器購入費助成申請書

豊島区長

令和 年 月 日

来所者氏名

(事業所名・氏名)

電話

対象者との関係

高齢者補聴器購入費助成を利用したく、下記のとおり申請します。

申請者 (対象者)	住所 豊島区 丁目 番 号 方・荘 自宅Tel () 携帯Tel ()	生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)		
	フリガナ 氏名	聴覚障害による補聴器(補装具購入費)の支給 有・無	高齢者補聴器購入費助成事業の利用 有・無	介護保険料所得段階 第 段階
	通知送付先 (申請者以外希望の場合)	住所 〒	関係	
氏名	電話 ()			

同意書

豊島区長

高齢者補聴器購入費助成事業の資格要件確認のため、わたしの介護保険料所得段階および聴覚障害による補聴器(補装具購入費)の支給の有無を調査することに同意します。また高齢者総合相談センター運営事業者に提供することに同意します。

令和 年 月 日

申請者住所

申請者署名

上記の申請について、下記のとおり決定する。

受付印

受付番号	第 号	所得段階
受付日	/ /	
助成決定	決定・却下	
決定日	/ /	支給有無
助成限度額	円	
受給歴	初・ / /	

入力 <input type="checkbox"/>	通知 <input type="checkbox"/>	事業者へ連絡 <input type="checkbox"/>
高齢者福祉課		
課長	係長	担当

高齢者総合相談センター	
確認	受付