様式第1号（第5条関係）

佐井村高齢者補聴器購入費用助成金交付申請書

年　　　月　　　日

佐井村長　あて

佐井村高齢者補聴器購入費用助成金の交付を申請します。

申請にあたっては、村が交付要件の該当状況を確認するため、住民記録情報、住民税情報、身体障害者手帳の取得状況等、村が保有する個人情報を確認することに同意します。

【申請者の方へ】

助成金は、聴力レベルが中等度難聴（３0dB以上70dB未満）又は耳鼻咽喉科医が装用の必要性を認めることの他、下記の要件を満たす必要があります。要件を確認した後、耳鼻咽喉科を受診し、医師意見書として、『補聴器適合に関する診療情報提供書（2018）』の記入を受けてください。

なお、医師意見書の作成には、受診費用とは別に、文書作成料が必要です。

受診後、検査結果や所得制限等の要件により、助成金の交付が受けられなかった場合でも、受診費用、文書作成料の返還は受けられません。

|  |  |
| --- | --- |
| 要件等  確認  ①～⑤  の□にチェックがなければ、  申請できません。 | 1. □６５歳以上で、佐井村の住民基本台帳に登録されている。 2. □障害者総合支援法に基づく補聴器購入費の支給を受けられない。   ③ □過去５年以内に本助成金の交付を受けていない。  　　（ただし5年以内でも、今回申請する耳と異なる場合はチェック可）  ④ 購入する補聴器は、  □右耳（1台）  □左耳（1台）　　※：両耳の場合は両方にチェック  ⑤ □佐井村に課される税及び料金について未納・滞納は無い |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （補聴器を使用する方）  申　請　者 | ふりがな |  | | | | |
| 氏　名 |  | | | | |
| 住　所 | 佐井村 | | | | |
| 生年月日 | 年　　 月　　 日 | | 電話 |  | |
| 申請者本人の場合不要  連　絡　先 | 氏　名 | 申請者との続柄（　　　　　　） | | | | |
| 住　所 |  | | | | |
| 電　話 |  | | | | |
| 申請額の算定 | | ア　見積額（税込） | イ　助成上限額 | | | ウ　助成申請額  （アとイの低い額） |
| 円 | 50,000円（１台の場合）  100,000円（２台の場合） | | | 円 |

※裏面に添付書類の注意事項を記載しています。ご確認ください。

【注意事項】

佐井村高齢者補聴器購入費用助成金の交付を申請するには、本申請書のほか、次の書類を添付していただく必要があります。

1. **医師意見書 『補聴器適合に関する診療情報提供書（2018）』**

耳鼻咽喉科の医師（補聴器相談医）による医師意見書の提出を必要とします。医療機関の所在地は、県内・外を問いませんが、医師意見書は、申請の３か月以内に作成されたものを添付してください。

1. **見積書**

購入予定店舗の所在地は、県内・外を問いませんが、認定補聴器技能者が在籍する店舗が発行した管理医療機器である補聴器の見積書を推奨します。

認定補聴器技能者が在籍する店舗は、公益財団法人テクノエイド協会の認定補聴器技能者検索システム（下記、二次元コード参照）で確認するか、村にお問い合わせください。

QR コード

自動的に生成された説明

　　　　　　　　　　　　　公益財団法人テクノエイド協会の認定補聴器技能者検索システム

1. **領収書および振込先口座**

購入店舗にて支払った領収書を添付してください。なお、詳細のわかるものを併せて添付ください。

助成金は、原則、口座振込により交付します。

振込先について、金融機関名や番号等のわかるもの（通帳等の写し等）を添付してください。

【提出先】

　〒０３９-４７１１

　佐井村大字佐井字糠森２０

　佐井村役場　福祉健康課　介護・福祉係

　0175-38-2111

【提出方法】

　上記提出先に郵送又は役場担当課へ持参