

厚岸町軽度・中等度難聴児及び難聴者補聴器購入費等助成申請書（購入・修理）

申請日 年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住所
氏名 印
対象者との続柄
電話番号

次のとおり厚岸町軽度・中等度難聴者補聴器購入費等助成の申請をします。

また、厚岸町軽度・中等度難聴者補聴器購入費等助成額の決定のため、私の世帯の住民基本台帳、税務資料について、各関係機関において調査、照会、閲覧することを承諾するとともに、決定内容について下記の補聴器業者へ通知することに同意します。

対象者 (児)	フリガナ 氏名	
	生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)
	住所	※上記と異なる場、合記入してください。 厚岸町

購入または修理を 希望する補聴器の種類		
補聴器 販売業者	名称	
	所在地	
	電話	

身体障害者手帳の所持 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	手帳番号 (第 号) 交付年月日 (年 月 日) 障がい名 () 障害等級 () 級
過去5年間の補聴器購入歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	<input type="checkbox"/> 右耳⇒ <input type="checkbox"/> 自費購入 <input type="checkbox"/> 厚岸町軽度・中等度難聴者補聴器購入費等助成で購入 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左耳⇒ <input type="checkbox"/> 自費購入 <input type="checkbox"/> 厚岸町軽度・中等度難聴者補聴器購入費等助成で購入 <input type="checkbox"/> その他
該当する所得区分*	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 一定所得以上

※所得区分

- (1) 生活保護世帯：生活保護受給世帯（単給世帯も含む）又は「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」による支援給付受給世帯
- (2) 市町村民税非課税世帯：世帯全員が市町村民税が非課税である世帯
- (3) 一般世帯：世帯員のうち、市町村民税が課税されている者がいる世帯
- (4) 一定所得以上：市町村民税課税世帯のうち、市町村民税所得割の額が46万円以上の者がいる世帯
- (5) 世帯の範囲は、18歳未満の対象者は、その保護者が属する住民基本台帳上の世帯員全員とし、18歳以上の対象者は、本人及び同一世帯に属する配偶者となります。

