

第 1 号様式（第 5 条関係）

春日井市高齢者補聴器購入費事前確認申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

次のとおり春日井市高齢者補聴器購入費事前確認を申請します。

申請者 (対象者)	氏名	生年月日 年 月 日 (歳)
	住所 〒 —	電話番号 () —
購入する 補聴器	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳	
補聴器を購入 する販売店		
確認事項 ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。	<input type="checkbox"/> 補聴器の購入に係る補装具費その他の法令の規定に基づく 給付又は事業の支給対象とならない。 (以下は、過去に本事業による支給を受けた方のみ) <input type="checkbox"/> 本事業の対象となった補聴器の最後の購入日から起算して 5年を経過し、かつ、当該補聴器が修理できない。	
<input type="checkbox"/> 申請に当たり、次のことに同意します。 <ul style="list-style-type: none"> ・この申請の審査のために必要な世帯全員の市民税課税状況を調査すること。 ・事前確認後に、申請内容や市民税課税状況に変更が生じた場合、支給が受けられない場合や支給額が変更となる場合があること。 ・補聴器購入後、補聴器販売店において1か月間の調整を行った後に支給申請を行うこと。また、支給申請後も継続して調整を行うこと。 		

（添付書類）

医師の意見書

※日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医又は身体障害者福祉法第 15 条
第 1 項に規定する医師に限る。

補聴器の見積書

※認定補聴器技能者が在籍する補聴器販売店に限る。

世帯全員の市民税額が確認できる書類（春日井市で確認できない場合に限る。）