

台帳番号	
------	--

豊岡市補聴器購入費助成事業助成金交付申請書

豊岡市長 様

補聴器購入費助成事業の助成を受けたいので、豊岡市補聴器購入費助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

申請日	2025年 5月 1日
-----	-------------

申請者 (対象者)	フリガナ 氏名	とよおか たろう 豊岡 太郎		1960年 4月 5日生 (65歳)	
	住所	〒668-0046 電話番号 0796 - ** - **** 豊岡市立野町△△			
送付先の変更を行わない場合は、記載不要です。	氏名	兵庫 花子	続柄	娘	
	住所	〒■■■-■■■■ 電話番号 ***-****-**** 〇〇市〇〇町△△-△			
	申請者(対象者)以外へ送付する理由	認知症により書類紛失の恐れがあるため			
補聴器の調整を行う認定補聴器技能者又は言語聴覚士氏名	★★ ★★★	店舗名等	☆☆店		
<p>市が本事業の助成認定の審査を行うに当り、その判断材料とするため聴覚障害による身体障害者手帳の交付状況等について、関係機関への調査、照会及び関係書類（電子データを含む。）を閲覧することを承諾します。</p> <p>代筆の場合、代筆者は、申請者 <input type="text" value="記入日"/> を確認し代筆しました。</p> <p>2025年 5月 1日</p> <p>申請者(対象者) 本人署名：豊岡 太郎</p> <p>本人が署名できない場合は本人署名欄の氏名を代筆し、()内も記載してください。</p> <p>代筆者：兵庫 花子 続柄：娘 電話番号：***-****-****</p> <p>本人が自署できない理由：<input checked="" type="checkbox"/>身体的理由 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>					

※市確認欄（以下は記入しないでください。）

確認欄	添付書類	<input type="checkbox"/> 医師意見書	
		<input type="checkbox"/> 補聴器購入の見積書	
		<input type="checkbox"/> 補聴器の型番(医療機器認証番号)がわかる書類	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
	要件	現在までの当助成の交付の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
身体障害者手帳の交付の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
送付先変更	<input type="checkbox"/> 送付先本人確認		

豊岡市補聴器購入費助成事業申請事項変更届

豊岡市長 様

年 月 日

助成対象者 住所 豊岡市 _____
 氏名 _____

次のとおり豊岡市補聴器購入費助成事業助成金交付申請書に記載した事項及び添付書類の内容に変更がありましたので、豊岡市補聴器購入費助成事業実施要綱第8条の規定により、届け出ます。

変更事項 〔該当事項に○を付け 変更内容を記載〕		内容	
		変更前	変更後
申請書 記載事項	申請者	氏名	
		住所	
		電話番号	
	送付先	氏名	
		住所	変更箇所のみ記載してください
		電話番号	
その他			
添付書類内容	補聴器購入の 見積書		
	補聴器の型番 が分かる書類	医療機器認証番号 *****	医療機器認証番号 #####
	その他		

※市確認欄（以下は記入しないでください。）

確認欄	添付書類	<input type="checkbox"/> 変更事項が確認できる書類
	処理	<input type="checkbox"/> 台帳登録変更