

大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業申請書

年 月 日

大 阪 市 長 様

申請者

住 所

氏 名

電話番号

— —

助成対象者
との関係☐本人
☐その他 ()

大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱による補聴器の購入に係る費用の一部の助成を受けるため、同要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請するとともに、同要綱の内容を遵守し、介護予防活動等を行うことを誓約します。

また、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）により住民基本台帳に記録されている私の世帯に係る情報及び介護保険法（平成9年法律第123号）により大阪市が保有している私の被保険者に係る情報のうち、同要綱による本事業の実施のため必要な情報については、当該実施にあたって必要な範囲内で各関係機関に対して調査、照会及び提供等が行われることに同意します。

助成対象者に関する情報									
介護保険 被保険者番号									
ふりがな						生年月日		年 月 日	
氏 名									
住 所									
電 話 番 号	ご自宅					携帯電話			
	— —					— —			
補聴器の種類 (種目・装着箇所)	種目					装着箇所			
						☐ 両耳 ☐ 片耳(右・左)			
購入予定 事業者名									
身体障がい者手帳 取得の有無	☐ 有(区分:) ☐ 無					本事業による支給 の有無(過去)		☐ 有(年 月) ☐ 無	
備 考									
収集した個人情報、大阪市が実施する介護予防事業の案内送付に使用することがあります。 案内送付に使用することに同意しない場合のみ「 ☒ 」をしてください。 ☐ 同意しない									

(注意)

- 申請にあたっては、大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書（様式第2号）と補聴器販売店等から受け取った見積書の写しを添付してください。
- 必要に応じて、その他の資料等をご提出いただくことがあります。
- 代理人により申請を行う場合は、本申請書に必ず委任状（様式指定なし）を添付してください。
- 本事業は、本申請書に添付する「(様式第2号) 大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書」等において、補聴器相談医が補聴器の装用が必要であることを認めた方だけが対象です。

1 性別

2 家族構成

3 興味のあること

ご協力ありがとうございました。

※ 回答いただいたアンケートの内容は、本事業の目的以外に使用いたしません。