

第1号様式（第3条関係）

焼津市高齢者保健福祉用具給付申請書

年 月 日

（宛先）焼津市長

用具の給付を受けたいので、焼津市高齢者保健福祉用具給付事業実施要綱第3条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、申請に当たり、所得状況の把握のために、私の情報を市が確認することに同意します。

申請者の氏名	(署名)	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住 所 (電話番号)	(— —)		
給付を希望する 保健福祉用具の種類	補聴器 (種類 :)		
備 考			

※身体障害者手帳交付の対象となる方は、この要綱に基づく給付の対象にはなりません。

医 師 の 証 明	氏 名 _____
	上記の方は、両耳の聴力レベルが 30 デシベル以上 90 デシベル未満であり、日常生活に支障を来すため、補聴器の使用を必要と認める。
	年 月 日
	医療機関 所在地
	名 称 医師氏名 (印) 電話番号

※医師の証明については、診断書の添付でも可。