第1号様式（第4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：　　）	台数	台
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 デシベル以上であり、日常生活に支障を来すため、（　右耳　・　左耳　・　両耳　）の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　　㊞ 電話番号

※医師の証明については、診断書の添付でも可。