柏市難聴高齢者補聴器購入費補助金申請書兼請求書

令和　　年　　月　　日

柏市長　　あて

柏市難聴高齢者補聴器購入費補助金交付要綱第６条の規定により，次のとおり申請します。

助成対象者

氏名		生年月日	年　　月　　日
住所	柏市	電話番号	

申請者

氏名		続柄		生年月日	年　　月　　日
住所				電話番号	

※助成対象者と同一の場合は記載不要

申請内容

助成金申請額	円	補聴器購入額	円
補聴器製品名		医療機器種別	高度管理　・　管理

補助金受取口座情報

金融機関名				支店名	
口座番号		口座種目	普通・当座・その他	口座名義人(カナ)	

申請にかかる同意

・助成対象者の身体状況等の把握のため介護保険要介護認定等，身体障害者手帳（聴覚障害）の交付にかかる個人情報ついて確認すること
・市民税について，助成対象者及び同居家族（同一住所に住民票がある一親等内親族及び子の配偶者）にかかる必要な調査を行うこと
・補助金の交付決定及び事業効果の検証のため，生活状況の変化等に関するアンケート調査について協力すること

上記について，同意いたします。

助成対象者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同居家族(同一住所に住民票がある一親等内親族及び子の配偶者)署名欄(４名以降は余白にご署名下さい)

同居①：	同居②：	同居③：

添付書類

□意見書（**作成日から６か月以内**のもの）　□　領収書（写し可）
□高度管理医療機器又は管理医療機器であると確認できる書類（説明書の写しや本体又は箱等に記載された部分の写真等）
□委任状（**助成金受取口座の名義人が，助成対象者と異なる場合のみ必要**になります。）
□市民税課税証明書（**１月１日時点で柏市民でない場合のみ必要**になります。住民票所在地で発行された税の証明書が必要です。**申請月が４～６月の場合は，申請年度の前年度**のものになります。）

柏市記入欄

購入日　　年　　月　　日　　歳			市民税　課　・　非	聴覚障害による身体手帳　有　・　無	
支給金額　　円	不支給理由：				
上記のとおり，　支給　・　不支給　として決定してよいか伺います。					
担当課長	課長補佐	係長	担当	決定日	受付日（印）

2026.11 時点