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	柏　太郎	生年月日	昭和１６年　１月　１日
住所	柏市柏５丁目 10 番１号	電話番号	04-7167-1135

申請者

氏名	柏　次郎	続柄	子	生年月日	昭和４５年　１月　１日
住所	柏市柏下 65-1			電話番号	04-7167-1111

※助成対象者と同一の場合は記載不要

補聴器本体価格が３万以上の場合は，３万
３万に満たない場合は，全額
例：補聴器本体価格が２万８千円の場合は，２万８千円

領収書等を参考に
実際に支払った金額

申請内容

助成金申請額	３０，０００円	補聴器購入額	１００，０００円
補聴器製品名	○○補聴器	医療機器種別	高度管理　・　管理

説明書等を参考に
記載された製品名及び
種別に○

補助金受取口座情報

金融機関名	柏銀行			支店名	柏支店
口座番号	1111111	口座種目	普通・当座・その他	口座名義人(カナ)	カシワ　ジロウ

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
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
すること

「助成対象者」の氏名を自署
自署ができない場合は，「申請にかかわる同意」を確認し同意を得ていれば，代筆可能

上記について，同意いたします。

助成対象者氏名（自署）　　柏　太郎

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：柏　花子	同居②：柏　次郎	同居③：

世帯分離等していても，
同一住所に住民票がある
かたは，税確認対象となります。

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
□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。）
□市民税非課税証明書（**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。）

真等)

この記載例の場合
・「助成対象者」以外の口座に振込となるため，「委任状」が必要
・同居家族の「柏花子」又は「柏次郎」さんが１月１日時点で柏市民でない場合，「市民税非課税証明書」が必要

柏市記入欄

購入		歳	市民税　課　・　非	聴覚障害による身体手帳　有　・　無	
支給					
上記			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