

# 渋谷区高齢者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

渋谷区長 殿

渋谷区高齢者補聴器購入費助成を利用したく、下記のとおり申請します。  
なお申請にあたり、資格要件確認のため次の事項に同意します。

- ・住民税課税状況の閲覧をすること。
- ・聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況、聴覚障害による補聴器（補装具購入費）の支給の有無を確認すること。

対象要件	下記の全ての要件を満たす場合に対象となります。（□印に✓をお願いします。） <input type="checkbox"/> 住民税課税状況が非課税である。 <input type="checkbox"/> 聴覚障害による補聴器（補装具購入費）の支給を受けていない。 <input type="checkbox"/> 渋谷区で同事業の助成を5年以内に受けたことがない。
------	---

対象者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 ー 渋谷区
	電話番号	( )
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (満 歳)

※申請者本人が対象者の場合、下記の欄は記載不要です。

申請者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 ー 渋谷区
	電話番号	( )
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (満 歳)

通知書の郵送先（どちらかの□印に✓してください）

対象者

申請者