

湯梨浜町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

申請者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		大正・昭和 年 月 日（ 歳）
	住 所	〒 ー 湯梨浜町 電話番号 ー ー	
	補聴器の種類		
	購入予定金額	円	
	助成金申請額	円	

湯梨浜町長 様

上記のとおり補聴器購入費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
なお、この申請にあたり、町が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

年 月 日

申請者 住 所
氏 名

※見積書を添付してください。

医師による証明	
対象者氏名 _____	
上記の方は、両耳の聴力レベルを平均して 40dB 以上 70dB 未満であるため、補聴器が必要であると認めます。（右耳：_____dB ， 左耳_____dB）	
※両耳の聴力レベルの平均が 40dB 未満でも補聴器が必要と判断される場合は、次に理由を記載してください。	
理由： _____	
年 月 日	
医療機関	所在地
	名 称
	医師氏名
	電話番号
	⑥

【補聴器の購入費用にかかる医療費控除の取り扱いについて】
一定の要件（補聴器相談医の受診および認定補聴器専門店での購入）を満たした場合に、補聴器の購入費用が医療費控除の対象になります。詳しくは、国税庁及び日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会のホームページをご確認いただくか、倉吉税務署にお問い合わせください。