様式第１号（第４条関係）

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 | 〒　　　－　湯梨浜町　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　－　　－　　　　 |
| 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 |

【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。