

松戸市高齢者補聴器購入費助成申請書兼請求書

年 月 日

松戸市長

(申請者)

住 所
氏 名
連絡先
印

松戸市高齢者補聴器購入費助成を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

【同意・誓約事項】以下の内容を確認し、同意・誓約する場合は、チェックを入れてください。

- ☐ 松戸市が助成の決定を行うため、助成対象者の氏名、住所及び生年月日並びに助成対象者の属する世帯の課税状況を確認することについて同意します。
※同意されない場合は、課税状況が分かる書類の添付が必要となります。
- ☐ 松戸市が聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付状況を確認することについて同意します。
※同意されない場合は、助成ができない場合があります。
- ☐ 国又は他の地方公共団体から、補聴器の購入に係る費用の助成は受けていないことを誓約します。
- ☐ 市長が、市税を滞納していないことの証明書の提出に代え、松戸市が保管している利用者の市税（松戸市が課した市民税、固定資産税、軽自動車税）の滞納の有無を確認すること。

申請者 住所 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏 名 _____ 印
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏 名 _____ 印
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏 名 _____ 印

(※世帯全員分の署名をお願いいたします)

1 申請内容

助 成 対 象 者	住 所	松戸市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳) ※補聴器の購入日時点の年齢を記入
	氏 名			
	受診医療 機関名			
	助成金交付 請求額	円		

※印刷する際は、必ず両面印刷をお願いいたします

フリガナ					申請者印		
申請者名							
郵便番号			—		電話番号		
住 所							
金融機関 名 称	コード			支店	コード		
預金種別	1. 普通 2. 当座			口座番号			
フリガナ							
口座名義							
※以下には記載しないでください							
受付課名				受付課所属長	印		

※振込先の口座名義が申請者と異なる場合

【委任状】 松戸市長 (委任者) 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 私(申請者)は、この申請に基づく助成の受領に関する一切の権限を以下の受取人に委任します。 (受任者) 住 所 _____ 氏 名 _____ 印
--

【注意事項】

- 1 申請書の提出期限は、補聴器を購入した日の翌日から起算して1年以内です。
- 2 助成金の交付は、1回限りです。
- 3 松戸市に転入した時期によっては市民税の課税状況が把握できない場合があります。
その場合、前住所地の市区町村から市区町村民税非課税証明書を提出していただく必要があります。

以下には記載しないでください。

【担当課職員処理欄】 ☐ 市民税が非課税である。 ☐ 聴覚障害に係る障害者手帳を所有していない又は申請中ではない(申請中のときは、助成金を交付することができない場合がある)。 ☐ 2回目の申請ではない(助成は1度限り)。 ☐ (振込先が申請者と異なる場合)委任状欄に記載がある。 ☐ 添付書類 1 医師が発行した証明書 2 医療機器認定を取得した補聴器を購入したことを証する書類 受付職員()
--