

様式第 1 号（第 4 条関係）

（宛先）新潟市長

認知症予防のための補聴器購入費助成申請書

対象者 （申請者）	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒 新潟市 区
	電話番号	
	生年月日	（西暦） 年 月 日 （ 歳）
見積額		円

添付書類

- （1） 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定により都道府県知事が定める医師が作成した認知症予防のための補聴器購入費助成医師意見書（様式第 2 号）
※作成（診断）日から 3 か月以内のものに限る
- （2） （1）の意見書に基づき補聴器販売事業者が作成した補聴器の見積書
- （3） 納税証明書（新潟市制度用）

上記のとおり補聴器購入費の助成を申請します。

年 月 日

申請者氏名（自署）

認知症予防のための補聴器購入費助成申請に関する同意書兼宣誓書

申請者本人について、下記内容に同意できる又は宣誓できる場合は□にチェックを入れ、署名をしてください。

- 氏名、住所及び生年月日について、住民基本台帳にて確認することを承諾します。
- 聴覚に関し、身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）第 15 条 4 項に規定する身体障害者手帳の交付を受けていません。また、その交付状況について、障がい福祉担当課へ照会する必要があることを承諾します。
- 暴力団（新潟市暴力団排除条例（平成 24 年新潟市条例第 61 号）第 2 条第 2 項に規定する暴力団をいう。以下同じ。）、暴力団員（同条第 3 項に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）及び暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有するものではありません。

年 月 日

署名

【新潟市処理欄】

受付	添付書類	備考
	<input type="checkbox"/> 様式第 2 号 （医師意見書） <input type="checkbox"/> 補聴器見積書 <input type="checkbox"/> その他 （ ）	