

目黒区高齢者補聴器購入費助成 事前確認依頼書

年 月 日

目 黒 区 長 宛て

目黒区高齢者補聴器購入費助成を利用したく、下記のとおり事前確認を依頼します。
また、私は、本事業の申請に先立ち、次の事項に同意いたします。

- 目黒区が、申請者の資格要件を確認するため、申請者に係る住民基本台帳上の情報、住民税課税状況、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況および聴覚障害による補聴器（補装具購入費）の支給状況を閲覧すること。
- 目黒区で申請者の住民税課税状況を確認できない場合、区市町村が発行する非課税証明書等を目黒区に提出すること。なお、生活保護を受給している方または中国残留邦人等支給給付を受給している方は受給を証する書類を提出すること。
- 目黒区が、補聴器の購入に係る情報を医療機関や補聴器販売業者に確認すること。
- 目黒区が、在宅生活の支援を行うため、補聴器購入費用を助成したことについて地域包括支援センターに情報提供すること。
- 目黒区が、実施する本事業に関するアンケートに協力すること、目黒区がアンケート送付を目的に個人情報を利用すること。
- 助成決定後も、専門医療機関の受診や、購入した補聴器のフィッティングを補聴器販売店において継続すること。

資 格 要 件	下記の全ての要件を満たす場合に、医師意見書(証明書)および助成申請書を交付します。ただし、助成決定には、助成申請書の提出時においても下記の全ての要件を満たす必要があります。
	<input type="checkbox"/> 目黒区内に住民登録のある満65歳以上の者である。
	<input type="checkbox"/> 住民税課税状況が非課税または生活保護受給者もしくは中国残留邦人等支給給付受給者である。
	<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"/> 目黒区で同事業の助成を受けたことがない。

※上記□印に✓をお願いします。

(補聴器利用者)	フリガナ	
	氏名	
	住所	
	電話番号	
	生年月日	

※依頼者と同じ場合は、下記の欄は記載不要です。

手続者	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	
	依頼者との関係	