

記入例

岐南町高齢者補聴器購入費助成金 事前チェックリスト

販売店の方へ(お願い)

岐南町にお住まいのお客様が補聴器を購入する場合、助成金の交付対象となるかを事前に確認するため、お手数ですが以下の項目をお客様から聞き取りチェックしてください。

ご注意 身体障害者手帳(聴覚障害)が交付されている方については、購入前に岐南町 福祉課へ必ず相談するようご案内し、障害者総合支援法に基づく補装具購入とならない場合のみ受け付けてください。(問) TEL:058-247-1348 岐南町 福祉課

岐南町高齢者補聴器購入費助成金とは

令和5年4月1日より、両耳の聴力レベルが40デシベル以上の高齢者に対し、補聴器購入費の1/2(上限4万円)を助成するもの。

【助成の流れ】一旦購入費を支払い、後日、町に助成金を申請して交付を受けます。

補聴器購入者(申請者) 氏名(**岐南 太郎**)

すべての項目に「はい」が該当すると、助成金が受けられます。

	チェック項目	はい・いいえ (どちらかに○を記入)
1	両耳の聴力レベルが40デシベル以上か(測定結果)	はい・いいえ
2	助成金の申請時に65歳以上で、岐南町に住民登録がある予定か	はい・いいえ
3	令和5年4月1日以降に購入する補聴器か	はい・いいえ
4	初めてこの助成金を受けようとしているか (もしくは過去にこの助成金を受けてから5年以上経過しているか)	はい・いいえ
5	身体障害者手帳(聴覚障害)による障害者総合支援法に基づく補装具購入の支給対象でないか	はい・いいえ



【該当(すべての項目が「はい」にチェック)】

補聴器販売証明書(様式第2号)に必要事項を記入し、このチェックリストとともに購入者へお渡しく下さい(申請書と一緒に岐南町 保険年金課 地域包括支援センターへ提出するよう伝えてください)。

【非該当(「いいえ」の項目がある)】

対応不要(このチェックリストは適切に廃棄してください)

(チェック実施者)

(連絡先)

販売店名

株式会社 ○○○○○ ○○○店

氏名

○○ ○○

岐南町 保険年金課 地域包括支援センター

501-6197 岐阜県羽島郡岐南町八剣 7-107

Tel 058-247-1312 Fax 058-247-1488

✉ houkatu@town.ginan.lg.jp