

品川区高齢者補聴器購入費助成 事前確認依頼書

年 月 日

品川区長 あて

品川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。

- 品川区が、ご本人の資格要件を確認するため、ご本人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。
- 品川区でご本人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品川区に提出すること。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。
- 品川区が、補聴器の購入に係る情報を補聴器販売事業者等に確認すること。
- 品川区が、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。
- 品川区が、本事業に関するアンケートを実施する場合、アンケート送付を目的に個人情報を利用すること。

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郵送します。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"/>	品川区内に住所を有する満65歳以上の者である。
	<input type="checkbox"/>	住民税課税状況が非課税、生活保護受給者または中国残留邦人等支給給付受給者
	<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"/>	品川区で同事業の助成を5年以内に受けたことがない。	

※上記□印に✓をお願いします。

依 頼 者 （ 補 聴 器 利 用 者 ）	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 ー 品川区
	電話番号	()
	生年月日	□明治 □大正 □昭和 年 月 日 (満 歳)

※依頼者と同じ場合は、下記の欄は記載不要です。

依 頼 書 提 出 者	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	()
	依頼者との関係	