

様式第1号 (第5条関係)

年 月 日

いの町長 様

いの町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

いの町高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。私は、この申請に関して私の住民基本台帳の情報及び、私がいの町に納付すべき町税等、介護保険料、後期高齢者医療保険料の納付状況、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況等について、ほけん福祉課長が調査を行うことに同意します。

申請者	フリガナ			生年月日
	氏名			大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 — いの町 (電話番号 )		
	対象要件	身体障害者手帳(聴覚)の有無 <input type="checkbox"/> なし		
記入者 (申請者と異なる場合)	氏名		申請者との関係	
	住所	〒 — (電話番号 )		

※補聴器販売事業者が作成した見積書を添付すること。

※医師による証明欄及び見積書は申請書の提出日の前3月以内に証明又は発行されたものであること。

医師による証明	
対象者氏名 _____	
上記の方は、両耳の聴力が40dB以上70dB未満であるため、補聴器が必要であると認めます。	
(右耳: _____ dB , 左耳 _____ dB)	
※両耳の聴力が40dB未満でも補聴器が必要と判断される場合は、次に理由を記載してください。	
理由: _____	
年 月 日	
医療機関	所在地 名称 医師氏名 電話番号
	(印)