

様式第1号（第4条関係）

美郷町高齢者補聴器購入助成事業補助金交付申請書

年　月　日

美郷町長 様

下記のとおり高齢者補聴器購入助成事業補助金の交付を申請します。

美郷町高齢者補聴器購入助成事業補助金交付の資格要件確認のため、私の身体障害者手帳の取得状況、聴覚障がいによる補聴器（補装具購入費）の支給の有無、町税の納付状況、その他必要事項について調査することに同意します。

【対象者（補聴器利用者）】

フリガナ		電 話	
氏 名		生 年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所	〒		
補聴器購入費 助成申請額	円		

【申請書提出者】（対象者と同じ場合は記載不要）

フリガナ		電 話	
氏 名		申 請 者 との関係	
住 所	〒		

※町確認欄（以下は記入しないでください）

確 認 欄	添付書類	<input type="checkbox"/> 医師意見書
		<input type="checkbox"/> 補聴器購入見積書
		<input type="checkbox"/> その他
要 件	<input type="checkbox"/> 町税等の納付状況	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の取得状況等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 当助成の交付の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし