様式第１号（第５条関係）

市川町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

下記のとおり、高齢者補聴器購入費助成金の交付を申請します。

高齢者補聴器購入費助成事業の資格要件確認のため、補聴器の支給の有無その他について調査、照会及び閲覧することを承諾します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者（助成対象者） | （フリガナ） |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　　　－  市川町 | |
| 電話番号 |  | |

※申請者本人による申請の場合は記入不要です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代筆者 | （フリガナ） |  | 申請者との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　－ | | |
| 電話番号 |  | | |

※町確認欄（以下は記入しないでください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 | 添付書類 | □　医師意見書 | |
| □　補聴器の金額及び型番がわかる書類 | |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 要　　件 | 補装具費支給制度の支給の有無 | □　あり　　　□　なし |
| 現在までの当助成の交付の有無 | □　あり　　　□　なし |