

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

福崎町長 様

福崎町高齢者補聴器購入費助成事業申請書

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、照会閲覧することを承諾します。

記

対象者	フリガナ 氏 名	生年月日 年 月 日生 ( 歳)		
	住 所			
	電話番号			
申請者(対象者と異なる場合)	フリガナ 氏 名		対象者との関係	
	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	<input type="checkbox"/> 医師意見書		
		<input type="checkbox"/> 医療機関が発行したオーディオグラム		
		<input type="checkbox"/> 購入する補聴器の金額及び型番が分かる書類		
		<input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める書類 ( )		
	要件	現在までの当助成の交付の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
聴覚障害に係る身体障害者手帳交付の有無		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	