

様式第1号（第5条関係）

日之影町高齢者補聴器購入事業補助金交付申請書

年 月 日

日之影町長 殿

下記のとおり、日之影町高齢者補聴器購入事業補助金の交付を申請します。

日之影町高齢者補聴器購入事業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、その他について貴職が職権で調査することに同意します。

記

【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	〒 日之影町		
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	☐ 医師意見書	
		☐ 補聴器購入見積書	
		☐ その他	
	要 件	☐ 町税の納付状況（町県民税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税、後期高齢者医療保険料、介護保険料等）	
		☐ 身体障害者手帳の取得状況等	☐ あり ☐ なし
		☐ 当助成の交付有無	☐ あり ☐ なし