

本 山 町 長 様

## 本山町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

本山町高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、本山町高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者 (対象者)	フリカ <sup>ナ</sup>		
	氏 名	(※) ※ ご本人が自署しない場合は、記名押印してください。	
	住 所 電話番号	本山町	(電話番号 )
	生年月日	大正・昭和	年 月 日 ( 歳)
記入者 (申請者と異なる場合は記入)	氏 名	対象者との 続柄	
	住 所 電話番号	(電話番号 )	
	送付先登録	<input type="checkbox"/> 通知等を記入者宛に送付することを希望します。 ※ 記入者宛に通知等の送付を希望される場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。	
<b>【同意書欄】</b> 申請にあたり、次の事項に同意します。 1 対象者の個人情報について、助成の決定に必要な範囲内において、町の関係部署が保有する情報を確認すること。 2 補聴器の購入に係る情報を事業者等に確認すること。 (申請者) 氏名 _____ (※) ※ ご本人が自署しない場合は、記名押印してください。			

## 【添付書類】

- 医師の意見書
- 補聴器見積書（補聴器販売事業者が作成したもの）
- その他（ )

町記入欄 ※ 以下は記入しないでください。

交付について、決定してよろしいか。

課長	課長補佐	班長	係

## 対象要件

住 民 基 本 台 帳	有 ・ 無
年 齢 （ 65 歳 以 上 ）	適 ・ 否
手帳有無（聴覚障害）	有 ・ 無
本事業助成歴の有無	有 ・ 無