

曾於市高齢者補聴器購入費補助金申請書

曾於市長 宛て

次のとおり、曾於市高齢者補聴器購入費補助金の交付を申請します。
申請に当たり、次のことに同意します。

- 1 補助金の対象者となるか否かの確認のために、市が当該年度の身体障害者手帳（聴覚障害）取得状況等を確認（調査）すること。
- 2 補聴器の購入に係る情報を事業者等に確認（調査）すること。

【申請者（補聴器利用者）】

フリガナ		電 話	-	-
氏 名		生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
住 所	〒			
対 象 件	身体障害者手帳（聴覚障害）の取得状況 <input type="checkbox"/> 取得していない <input type="checkbox"/> 取得している			
	曾於市で過去に同事業の補助を受けたことがある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
	前 回 の 補 助 金 交 付 の 決 定 日 年 月 日			
通知書等送付先（申請者以外を希望する場合）				
フリガナ		電 話	-	-
氏 名		申請者との関係		
住 所	〒			

【申請書提出者】（申請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	〒			

※ 添付書類

- (1) 曾於市高齢者補聴器購入費補助事業医師意見書（様式第 2 号）
- (2) 医療機器認定を取得した補聴器販売店が発行した見積書