

大泉町高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

年 月 日

大泉町長 様

住所

申請者 氏名

電話番号

大泉町高齢者補聴器購入費の補助金を受けたいので、大泉町高齢者補聴器購入費補助金交付要項の規定により、下記のとおり申請します。

記

補助対象者	住 所	大泉町
	ふりがな	-----
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
購入を希望する補聴器の種類	・耳かけ式（片耳・両耳） ・耳穴式（片耳・両耳） ・箱型 ・その他（ ）	
購入金額	_____円	
交付申請額	_____円（※1,000円未満切捨て）	
希望する補聴器販売事業者	名 称	
	住 所	
	電話番号	
身体障害者手帳の有無(聴覚障害のみ)	有 ・ 無	
過去5年間の補聴器購入状況	<input type="checkbox"/> 大泉町高齢者補聴器購入費補助金交付要項による購入(前回の補助決定日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補装具の給付 <input type="checkbox"/> 自費購入	

【添付書類】

1. 大泉町高齢者補聴器購入費補助金交付意見書
2. 補聴器の見積書
3. 町税等調査閲覧同意書