様式第１号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

皆野町高齢者補聴器購入費助成金申請書

皆野町長　　様

次のとおり、皆野町高齢者補聴器購入費助成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　助成金の対象者となるか否かの確認のために、町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  要　件 | 身体障害者手帳（聴覚障害）の取得状況　□取得していない　□取得している | | | |
| 皆野町で過去に同事業の助成を受けたことがある　　□ない　　　□ある | | | |
| 通知書等送付先（申請者以外を希望する場合） | | | | |
| フリガナ |  | 申請者  との関係 |  | |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | |

【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

⑴　皆野町高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書（様式第２号）

⑵　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