

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 <input type="checkbox"/> 取得していない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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

- (1) 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）
- (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