

別記第1号様式（第5条関係）

東神楽町高齢者補聴器購入費助成事業申請書兼請求書

令和 年 月 日

東神楽町長 様

東神楽町高齢者補聴器購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請・請求します。

申請者 (対象者)	住所 〒 東神楽町		電話 ()			
	フリガナ 氏名	⑩	生年月日 大正・昭和	年 月 日 (歳)		
補聴器購入額		円	申請兼請求額			円
振込先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所				
	預金種別	普通 当座	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義人					
同意書						
東神楽町長 この助成事業の資格要件の確認のため、住民基本台帳、住民税課税状況および聴覚障害による補聴器（補装具購入費）の支給の有無を調査することに同意します。 年 月 日 申請者署名 _____						

※購入した補聴器の領収書を添付してください。

※申請は補聴器購入日より3か月以内に限りします。

氏名 _____	
上記の方は、次のいずれかに該当するため、補聴器の使用が必要であると認めます。	
1. 両耳の聴力レベルが 40 デシベル以上 (右耳 デシベル 左耳 デシベル)	
2. 片耳の聴力レベルが 40 デシベル以上 (右耳 デシベル 左耳 デシベル)	
※該当する番号に○を囲むとともに、聴力を記入してください。	
年 月 日	
医療機関 所在地	
名称	
医師氏名	⑩
電話番号	

※難聴度及び補聴器の使用を必要と認めた医師の証明書等があれば、証明欄の記入は不要です。