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　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | 生年月日  明治・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）  年　　月　　日  　　医療機関　　所在地  　　　　　　　　名称  　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　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。