

多可町長 様

多可町高齢者補聴器購入費助成事業申請書

下記のとおり、高齢者補聴器購入費助成金の交付を申請します。

高齢者補聴器購入費助成事業の資格要件確認のため、わたしの聴覚障がいによる補聴器（補装具購入費）の支給の有無その他について調査、照会及び閲覧することを承諾します。

記

対象者	フリガナ 氏名	(自署もしくは記名押印)		年 月 日生 (歳)	
	住所	〒 - 電話番号 - -			
申請者 (対象者と異なる場合)	フリガナ 氏名	(自署もしくは記名押印)		対象者 との関係	
	住所	〒 - 電話番号 - -			
言語聴覚士又は 認定補聴器技能者氏名			所属		

※町確認欄（以下は記入しないでください。）

確認欄	添付書類	<input type="checkbox"/> 医師意見書				
		<input type="checkbox"/> 見積書（※宛名が対象者のものに限る）				
		<input type="checkbox"/> 補聴器の金額及び型番がわかる書類				
		<input type="checkbox"/> その他 ()				
	要件	補装具費支給制度の支給の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
		現在までの当助成の交付の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
		身体障害者手帳の交付の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		