様式第１号(第５条関係)

長瀞町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

長瀞町長　　様

次のとおり、長瀞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、助成金の対象となるか否かの確認のために、次のことに同意します。

１　住民基本台帳の登録情報、身体障害者手帳(聴覚障害)取得状況等及び町税等の納税状況を調査すること。

２　補聴器の購入に係る情報を補聴器販売店等に調査すること。

【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 | 〒３６９－１３長瀞町大字 |
| 対　象要　件 | 身体障害者手帳（聴覚障害）を　　　□取得していない　□取得している |
| 補聴器に係る補装具費の支給を　　　□受けていない　　□受けている |
| 長瀞町で過去に同事業の助成を　　　□受けていない　　□受けている |
| 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)長瀞町高齢者補聴器購入費助成金医師意見書(様式第２号)

(２)補聴器販売店が発行した見積書