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