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)】

ガナ		電	話				
名		生月	年日		年 (月	日 歳)
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		
11	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)							
ガナ		申請	青者				
名							
所	電話						
1	名 所 象件 等	名 所 〒369-13 長瀞町大字 身体障害者手帳(聴覚障害)を 補聴器に係る補装具費の支給を 長瀞町で過去に同事業の助成を 書等送付先(申請者以外を希望する場合) 計力 名	名 生月 所 〒369-13 長瀞町大字 身体障害者手帳(聴覚障害)を 補聴器に係る補装具費の支給を 長瀞町で過去に同事業の助成を □ 5 書等送付先(申請者以外を希望する場合) □ 5 計 名 申請 との	名 生年月日 所長瀞町大字 身体障害者手帳(聴覚障害)を □取得し 神聴器に係る補装具費の支給を □受けて長瀞町で過去に同事業の助成を □受けて □受けて □受けて □受けて □受けて □受けて □受けて □受けて	名 生年月日 所 〒369-13 長瀞町大字 身体障害者手帳(聴覚障害)を 補聴器に係る補装具費の支給を 長瀞町で過去に同事業の助成を 受けていない 音等送付先(申請者以外を希望する場合) げた 名 申請者との関係 所 〒	名 生年月日 年(所長瀞町大字 身体障害者手帳(聴覚障害)を □取得していない □取得 □受けていない □受け 長瀞町で過去に同事業の助成を □受けていない □受け 長瀞町で過去に同事業の助成を □受けていない □受け 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日	名 生年月日 年月月日 所長瀞町大字 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 □受けていない □受けている □受けていない □受けている □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

【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	Ŧ		

※ 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