別記様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

当麻町高齢者補聴器購入費助成申請書

当麻町長　様

下記のとおり助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

　なお、当麻町町税の滞納に対する制限措置に関する条例に基づき、納税の確認を担当職員が行うことに同意します。

【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 | 〒 | | |
| 対　象  要　件 | 身体障害者手帳（聴覚障害）の取得状況　□取得していない　□取得している | | |
| 過去に同事業の助成を受けたことがあるか  　　□ない　　　□ある（　 　年　　　月） | | |
| 助成申請額 | 円 | | |
| 通知書等送付先（申請者以外を希望する場合） | | | |
| 氏　名 | | 申請者との関係 | |
| 〒  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | |

※当麻町高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書（別記様式第２号）及び購入する補聴器の見積書を添付してください。

【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 | 〒 | | |

※担当者記入欄

|  |
| --- |
| 備考 |
| 身体障害者手帳（聴覚障害）の有無  有　・　無 |