

別記第1号様式（第5条関係）

益城町高齢者補聴器購入費用助成申請書

年 月 日

益城町長 様

住 所：

申請者 氏 名：

電話番号：

高齢者補聴器購入費用の助成を受けたいので、益城町高齢者補聴器購入費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

高 齢 者	住 所	
	ふ り が な 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	電 話 番 号	
補聴器の購入に要した費用の額		円
補聴器購入費助成申請額		円
購入機種		【箱型・耳掛け式・耳穴式・その他 ()】
身体障害者手帳の有無 (聴覚障害のみ)		無 ・ 有 (級)
<p>私は、町がこの助成の要件を確認するために、私の課税状況を調査すること、住民基本台帳を調査すること並びに身体障害者手帳の交付の有無を確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">高齢者氏名： _____</p>		