

松茂町長 様

松茂町高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

松茂町高齢者補聴器購入費補助金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

私は、この申請に関して、私の住民基本台帳の情報、私が松茂町に納付すべき町税等の納付状況及び聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況等について、長寿社会課長が調査を行うことに同意します。

申請者	フリガナ			生年月日	
	氏 名	印		大正 ・ 昭和 年 月 日(歳)	
	住 所	〒 ー 松茂町 (電話番号)			
	対 象 要 件	身体障害者手帳(聴覚)の有無 ☐ なし			
記入者 (申請者と異なる場合)	氏 名			申請者との関係	
	住 所	〒 ー (電話番号)			

※補聴器販売事業者が作成した見積書を添付すること。
※医師による証明欄及び見積書は、申請書の提出日の前 3 月以内に証明され、又は発行されたものであること。

医師による証明	
対象者氏名 _____ 上記の方は、松茂町高齢者補聴器購入費補助金交付要綱第 2 条第 3 号及び第 4 号の規定に該当し、日常生活に補聴器が必要であると認めます(右耳： dB 、 左耳 dB)。 令和 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 医師氏名 印 電話番号	