

様式第1号（第5条関係）

新富町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

新富町長 様

下記のとおり、高齢者補聴器購入費助成金の交付を申請します。

新富町高齢者補聴器購入費助成事業の資格要件確認のため、私の身体障害者手帳の取得状況、聴覚障がいによる補聴器（補装具購入費）の支給の有無、町税の納付状況、その他について貴職が職権で調査することに同意します。

【対象者（補聴器利用者）】

フリガナ		電 話	
氏 名		生 年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 新富町		
補聴器購入費助成申請額	円		

【申請書提出者】（対象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	〒		

※町確認欄（以下は記入しないでください。）

確 認 欄	添付書類	<input type="checkbox"/> 医師意見書	
		<input type="checkbox"/> 補聴器購入見積書	
		<input type="checkbox"/> その他	
	要 件	<input type="checkbox"/> 町税の納付状況（町県民税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税、後期高齢者医療保険料、介護保険料等）	
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の取得状況等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 当助成の交付有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし