

甲佐町長 様

下記のとおり高齢者補聴器購入費の助成を受けたいので、甲佐町高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第6条の規定により関係書類を添えて申請します。

申請者 (対象者)	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名		電話番号	
	住所	〒 ー 甲佐町大字		
代理申請者	氏名		続柄	
	電話番号			
補聴器購入額		円	申請額 (請求額)	円
購入機種	片耳・両耳 【 箱型・耳掛け式・耳穴式・その他 () 】			
確認事項	<input type="checkbox"/> 町内に住所を有し、在宅の65歳以上 <input type="checkbox"/> 聴覚障害の身体障害者手帳の交付を受けることが困難 <input type="checkbox"/> 市町村民税が非課税			
同意欄	<input type="checkbox"/> 町がこの助成の要件を確認するために、住民基本情報、税情報、身体障害者手帳情報等の個人情報を確認することに同意します。			
医師の意見欄				
<p>_____ は、両耳の聴力レベルが30デシベル以上で、聴力機能の低下のため日常生活を営むのに支障があり、補聴器の必要性を認めます。</p> <p>ただし、身体障害者手帳には該当しません。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関 名称</p> <p>電話</p> <p>医師氏名</p>				

口座振替依頼書

フリガナ				
口座名義人				
金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 組合			
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
ゆうちょ銀行 の場合	記号	番号		