様式第１号

甲佐町高齢者補聴器購入費助成申請書及び請求書

年　　月　　日

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及び請求します。

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	〒　　－ 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		□　町内に住所を有し、在宅の 65 歳以上 □　聴覚障害の身体障害者手帳の交付を受けることが困難 □　市町村民税が非課税		
同意欄		□　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

＿＿＿＿＿＿＿＿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。

ただし、身体障害者手帳には該当しません。

年　　月　　日

所在地

医療機関　名称

電話

医師氏名

口座振替依頼書

フリガナ			
口座名義人			
金融機関	□銀行 □農協 □金庫 □組合		□支店 □支所 □出張所
預金種別	□普通　□当座	口座番号	
ゆうちょ銀行の場合	記号	番号	