様式第1号(第5条関係)

北栄町高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏名 |  | 大正 ・ 昭和  年　 月　 日（ 　歳） |
| 住所 | 〒　　　－  北栄町  電話番号（　　　　）　　　－ | |
| 補聴器の種類 |  | |
| 購入予定金額 | 円 | |
| 補助金申請額 | 円 | |
| 北栄町長　様  上記のとおり補聴器購入費の補助を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  なお、この申請にあたり、町が住民基本台帳を閲覧することや、町税等の納付状況を調査することに同意します。  　　　　年　　月　　日  申請者　　住　所  　　　　氏　名 | | | |

※見積書を添付すること。

|  |
| --- |
| 医師による証明 |
| 対象者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  上記の方は、両耳の聴力レベルを平均して40dB以上70dB未満であるため、補聴器が必要  であると認めます。（右耳：　　　dB　,　左耳：　　　dB）  ※両耳の聴力レベルの平均が40dB未満でも補聴器が必要と判断される場合は次に理由を  記載してください。  理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  年　　月　　日  医療機関　　所在地  名　　称  医師氏名  電話番号 |