

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	〒 ー 北栄町 電話番号() ー	
	補聴器の種類		
	購入予定金額	円	
	補助金申請額	円	
	介護予防・社会参加・地域交流等の取組 ()		
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、課税状況及び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 印			

※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	印