

様式第1号（第5条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

令和 年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 宛

住 所
申請者 氏 名
電話番号

菊川市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり交付を申請します。

なお、交付を受けるにあたり、菊川市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱を遵守し、申請内容の審査のため、申請者を含む世帯全員について必要な個人情報の確認を行うことに同意します。また、補聴器購入後の利用状況の調査等に協力します。

記

住 所			
助成対象者氏名		電話番号	
生年月日	年	月	日（ 歳）
助成金申請額	円（100円未満切捨て）		

医師の証明	氏 名 _____
	上記の者は、身体障害者福祉法別表2に掲げる聴覚又は平衡機能の障害にかかる身体障害者手帳の交付対象とならず、かつ、両耳の聴力レベルが30デシベル以上70デシベル未満で、日常生活において補聴器の使用が必要と認めます。
	年 月 日
	所 在 地
	名 称
	医師氏名
	電話番号