様式第１号（第５条関係）

岩美町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書兼請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  者 | 氏名 | |  | 生年月日 | | | | 年　 月　 日（　　歳） | | | | | |
| 住所 | | 〒681-00　　　岩美町 | | | | | | | | | | |
| 補聴器の種類 | |  | | | 電話番号 | | | |  | | | |
| 購入金額 | | 円 | 交付申請（請求）額 | | | | 円 | | | | | |
| 岩美町長　様  　上記のとおり補聴器購入費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  　なお、この申請にあたり、町が住民基本情報、税情報等、町が保有する個人情報を利用することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　申　請　者　　　住　　所　　岩美町  　　　　　　　　　氏　　名  　　　　　　　　　（代筆者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 医師による証明（耳鼻咽喉科医） | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の方は、両耳の聴力レベルが40㏈以上70㏈未満または聴力レベルが70db以上かつ聴覚障害６級の要件を満たさないため、補聴器の装用が必要であると認めます。  　　　　　　　右耳：　　　　　　㏈　　　左耳：　　　　　　㏈  　上記の条件を満たさない者でも補聴器が必要とされる場合は、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 | | | | | | | | | | | | | |
| 助成金振込指定口座 | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関 | | 銀行・金庫  組合・農協 | | 支店・支所  出張所 | | | | | | | | | |
| 預金種別  口座番号 | | １．普通　２．当座 | |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| （フリガナ） | |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | | | | | | | | |