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 |  |