

岩美町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

申 請 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		大正・昭和 年 月 日（ 歳）
	住 所	〒 ー 岩美町 電話番号 ー ー	
	補聴器の種類		
	購入予定金額	円	
	助成金申請額	円	
<p>岩美町長 様</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申 請 者 住 所 岩美町 氏 名 (代筆者 )</p>			

医師による証明（耳鼻咽喉科医）	
対象者氏名	
上記の方は、両耳の聴力レベルを平均して 40 dB以上 70 dB未満であるため、補聴器の装用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 40 dB未満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
	(印)