

様式第1号（第4条関係）

平川市軽度・中等度難聴者（成人）補聴器購入費助成金交付申請書

申請日 年 月 日

平川市長 様

(申請者)

住所

氏名

電話

対象者との続柄 ( )

平川市軽度・中等度難聴者（成人）補聴器購入費助成事業の助成を受けたいので、平川市軽度・中等度難聴者（成人）補聴器購入費助成事業実施要綱第4条の規定により次のとおり申請します。

助成金の支給申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

対象者	住 所	平川市		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
申請者氏名			続柄	
購入する補聴器の種類	補聴器の装用耳 右 ・ 左 ・ 両耳			
	<input type="checkbox"/> ポケット型（軽度・中等度） <input type="checkbox"/> 耳かけ型（軽度・中等度） <input type="checkbox"/> 耳あな型（レディメイド・オーダーメイド） <input type="checkbox"/> 骨導式（ポケット型・眼鏡型） <input type="checkbox"/> その他 ( )			
購入を希望する業者名	名 称			
	所在地			
本事業を利用した、直近5年間の補聴器購入状況	右（有・無）	年	月	日 購入
	左（有・無）	年	月	日 購入
備 考				