様式第１号（第４条関係）

大町市高齢者補聴器購入助成事業補助金交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　　　　年　　月　　日  大町市長　殿  高齢者補聴器購入助成を受けたいので、大町市高齢者補聴器購入助成事業補助金交付要綱第４条の規定により、関係書類を添えて申請します。  申請内容の審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 | | | | | | | |
| 申請者 | 住所 | |  | | | | |
| フリガナ | |  | | | | |
| 氏名 | |  | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 電話 | | (　　　) |
| 購入する補聴器の種類  ※該当する項目に○をする。 | | | 購入する補聴器の装用耳　　　　　右・左・両耳 | | | | |
| 耳かけ型　　　　ポケット型　　　　耳あな型　　　　骨導式  　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 希望する補聴器販売業者 | | 名称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 電話 | (　　　) | FAX | | (　　　) | |

（添付書類）

１　大町市高齢者補聴器購入助成事業意見書（一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定の専門医が記載した意見書）（様式第２号）

２　意見書の処方に基づき補聴器販売業者が作成した見積書