様式第５号（第６条関係）

大町市高齢者補聴器購入助成事業補助金実績報告書

　　　年　　　月　　　日

　　　大町市長　　殿

住 所

申請者　氏 名

電話番号

年　　月　　日付　第　　号に係る補聴器の購入等を完了しましたので、関係書類を添えて報告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 購入した補聴器の種類  ※該当する項目に○をする。 | | 購入した補聴器の装用耳　　　　　右・左・両耳 | | |
| 耳かけ型　　　　ポケット型　　　　耳あな型　　　　骨導式  　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 購入した補聴器販売業者 | 名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話 | (　　　) | FAX | (　　　) |
| 購入に要した経費 | | 円 | | |
| 補助金交付決定額 | | 円 | | |
| 添付書類 | | 補聴器の購入等に関する領収書の写し | | |