

年 月 日

太子町長 様

申請者

住 所

名 前

電話番号 ()

太子町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

太子町高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第 6 条の規定により、下記のとおり申請をします。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、対象者の住民基本台帳及び町税の納付状況、その他について、関係書類等を確認することに同意します。

また、これまでに当該助成金の交付を受けておらず、聴覚障害による身体障害者手帳を取得していないことを申し添えます。

1 対象者

住 所	(□申請者と同じ)
名 前	(□申請者と同じ)
生年月日	年 月 日

2 交付申請額

対象経費（補聴器見積額）	交付申請額（2 万円を上限）
	（100 円未満切捨て）
円	円

（添付書類） ※申請日前 6 か月以内に発行されたものに限る

- 1 オーディオグラムを貼付した医師の意見書等で補聴器の使用の必要性を認めることを記載した書類
- 2 上記意見書に基づき補聴器販売業者が作成した、補聴器の見積書の写し（対象者宛の見積書であって、購入する補聴器の金額、品目及び型番が記載されているもの）