

様式第1号（第5条関係）

小川町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

対 象 者	住 所			
	フリガナ		電話番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日（ 歳）

小川町長 宛て

上記のとおり補聴器購入費助成金の交付を申請します。また、申請に当たり、住民基本台帳及び町税等の納付について確認することについて同意します。

年 月 日

申請者 住所
氏名
対象者との続柄（ ）電話番号 （ ）

【振込口座】 ※振込先は対象者の口座となります。

金融機関名	支店名	種目	口座番号
フリガナ			
口座名義人			

※領収書は、対象者氏名、購入年月日、購入品、型番、金額、発行者、発行者印が入っているもの（原本）を一緒に提出してください。

【医師の意見書】

対象者氏名： _____

※ 両耳の聴力が40 dB以上。身体障害者手帳の交付対象とならない方が対象。

上記の者が、下記の状態に該当すると認められる場合、「□」にチェックを付けてください。

☐ 両耳の聴力レベルが40 dB以上70 dB未満。又は1側耳の聴力レベルが90 dB未満、かつ他側耳の聴力レベルが50 dB未満に該当し、聴覚障害による障害者手帳の交付対象とはなりませんが、聴力低下のため、補聴器の装着が必要であることを認めます。

医療機関名
所在地
医師名
電話番号

年 月 日

印