

美幌町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

美幌町長 様

下記のとおり補聴器購入費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者 (対象者)	フリガナ				生年月日		年 月 日 (歳)						
	氏 名				電話番号								
	住 所	〒 ー 網走郡美幌町字											
補聴器購入額		円			申請額 (請求額)		円						
振込先	(フリガナ) 口座名義人	()											
	ゆうちょ 銀行以外 の金融機関	銀行 信用金庫 農協 本店 支店 出張所											
		預金 種別	普通 当座	口座番号									
	ゆうちょ 銀行の場合	通帳記号 (6桁目がある場合は※欄にご記入ください)					通帳番号 (右詰めでご記入ください)						
						※							
確 認 事 項 (確認後☑を入れ てください。)		世帯全員の住民基本情報、税情報等、町が保有する個人情報を利 用 ☐ 同意する											
		補聴器の購入に係る情報を事業者等へ確認 ☐ 同意する											
		聴覚障がいによる身体障害者手帳 ☐ 所持していない											
		住民税非課税状況 ☐ 非課税世帯											

医師の意見欄 ※耳鼻咽喉科医	
氏名 _____ は、両耳の聴力レベルが 40 dB以上 70 dB未満であるため、補聴器の装用が有用であると認めます。	
※オーディオグラム検査結果（3ヶ月以内のもの）は裏面に貼付	
年 月 日	
所 在 地	
医療機関 名称・〒 ()	
医師氏名	

【オージオグラム検査結果貼付欄】