

別記様式第 1 号（第 4 条関係）

邑楽町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書・兼請求書

年 月 日

邑楽町長 宛て

申請者 住 所

氏 名 (本人署名)

電話番号

邑楽町高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、邑楽町高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第 5 条の規定により次のとおり申請し、及び請求します。なお、町が下記の照会をすることに同意します。

- ・住民基本台帳の照会・町民税等の滞納状況に係る照会・医療機関に対する治療内容等の照会
- ・補聴器の購入先に対する購入内容の照会・暴力団等と関係があるか否かについて警察への照会

助成対象者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		年齢			歳
	住所	邑楽町				
対象要件 該当する箇所に☑	☐ 聴覚障害による身体障害者手帳の交付基準に該当していません ☐ この補聴器の購入に当たり他の制度による補助や助成を受けていません ☐ 過去 5 年以内に邑楽町高齢者補聴器購入費助成金を受けていません					
補聴器の 種 類						
購 入 年 月 日	年 月 日					
購 入 金 額	円（税抜き）					
補 助 金 額	30,000円と上記の購入金額の 2 分の 1 の額のいずれか低い額					
	円					
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協・組合 本店・営業所 支店・出張所 本所・支所				
	預金の種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人					

※太枠内を記入してください

備考 振込先は、申請者名義に限りません。修正液や修正テープ等での修正はできません。修正は二重線で消した上で、訂正印を押してください。ただし、金額及び申請者の訂正はできません。鉛筆や摩擦熱で消えるボールペンなどで記入しないでください。

添付書類・・・ ☐医師意見書（別記様式第 2 号）☐領収書の写し（購入した補聴器の名称、型番、購入額及び購入日を証するもの）