

様式第 1 号（第 5 条関係）

高鍋町高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

年 月 日

高鍋町長 様

次のとおり、高鍋町高齢者補聴器購入費補助金の交付を申請します。

高鍋町高齢者補聴器購入費補助金交付要綱の資格要件確認のため、私の身体障害者手帳の取得状況、町税の納付状況、その他について貴職が職権で調査することに同意します。

【対象者（補聴器利用者）】

フリガナ		電 話	
氏 名		生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所	〒 高鍋町		
補 聴 器 購 入 費 補 助 申 請 額	円		

【申請書提出者】（対象者と同じ場合は記載不要）

フリガナ		電 話	
氏 名		申 請 者 との関係	
住 所	〒		

添付書類 1. 作成日から 3 か月以内の医師意見書（様式第 2 号） 2. 見積書 3. その他

※町確認欄（以下は記入しないでください。）

確 認 欄	添付書類	☐ 医師意見書	
		☐ 補聴器購入見積書	
		☐ その他	
	要 件	☐ 町税等の納付状況（町県民税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税、後期高齢者医療保険料、介護保険料等）	
		☐ 身体障害者手帳の取得状況等	☐ あり ☐ なし
		☐ 本事業による補助金の交付の有無	☐ あり ☐ なし