

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

大月町長 様

大月町高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

大月町高齢者補聴器購入費補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。また私は、この申請に関して私の世帯の住民登録資料、税務資料、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況、補聴器の購入状況その他について、町が閲覧・調査することを承諾します。

申請者	ふりがな		生年月日	
	氏名		大正・昭和 年 月 日（ 歳）	
	住所	〒 — (電話番号 )		
記入者 (代筆等)	氏名		申請者との関係	
	住所	〒 — (電話番号 )		

※補聴器販売事業所が作成した見積書を添付すること。

医師（耳鼻咽喉科）による証明	
下記の者は、片耳の聴力が40dB以上70dB未満であり、日常生活に支障があるため、補聴器の使用の必要性を認めます。	
対象者氏名	_____
聴力	右耳：_____dB 左耳：_____dB
イヤモールドの必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	年 月 日
医療機関	所在地 名称 医師氏名
	㊟