

様式第3号（第8条関係）

年 月 日

大月町長 様

住 所
氏 名

大月町高齢者補聴器購入費補助金実績報告書兼交付請求書

大月町高齢者補聴器購入費補助金の交付決定を受けた補聴器を購入したので、大月町高齢者補聴器購入費補助金交付要綱第8条の規定により報告します。

また、補助金の交付は、次の通り希望します。

私の口座への振込 ・ 受領委任払⇒様式第4号を添付

※希望する方の□に✓をしてください。

記

補聴器本体購入費用	自己負担額	購入年月日
円	円	年 月 日

補助金額※
円 (上限 50,000 円)

※補助金額は、補聴器本体（医師が必要と認めた場合はイヤモールドを含む。）の購入金額の1/2（1円未満切り捨て）と50,000円を比較して低い額とする。

振込先口座（通帳等の写しを添付）

金融機関	銀行・信用金庫・ 農協・漁協	本店・支店・ 支所・出張所						
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号						
口座名義人 (申請者)	(フリガナ)							

■添付書類

1 補聴器本体の購入費用額がわかる請求書等の書類及び領収書の写し

※ 請求書等の書類及び領収書は、宛名に申請者と同一の氏名の記載があり、補聴器本体の購入費用がわかる記載が必要です。

2 受領委任払を選択した方は、受領委任払による委任状及び同意書（様式第4号）