様式第１号（第５条関係）

申請日　　　　年　　月　　日

　平内町長　様

（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

平内町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

　下記のとおり、補聴器の購入についての助成を申請します。

　なお、助成金交付に係る審査のため、対象者及び世帯員の住民登録資料、その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　　所 | □ 申請者と同じ |
| フリガナ氏　　名 | □ 申請者と同じ |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 補聴器の種類※　該当する項目に○をする | 補聴器の装用耳　　　　　右　　・　　左　　・　　両耳 |
| 耳かけ型　　　ポケット型　　　耳あな型　　　骨伝導式その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）イヤモールド（　　要　　・　　否　　） |
| 希望する補 装 具業　　者 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電　話 |  |

（添付書類）

１　補聴器相談医が作成した補聴器適合に関する診療情報提供書(2018)（様式第２号）の写し

２　診療情報提供書の処方に基づき、認定補聴器専門店が作成した見積書

３　その他町長が必要と認める書類