

様式第1号（第6条関係）

毛呂山町高齢者補聴器購入費助成金申請書

年 月 日

毛呂山町長 あて

申請者 住 所
氏 名
連絡先

毛呂山町高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、申請にあたり、身体障害者手帳の所持状況、助成金決定に伴う町税の課税状況や納付状況等を関係機関に照会、調査することに同意します。

記

住 所			
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
助成金交付申請額	円		
助成を希望する補聴器の種類	<input type="checkbox"/> 耳あな型補聴器 <input type="checkbox"/> 耳かけ型補聴器 <input type="checkbox"/> ポケット型補聴器		

【添付書類】

- 毛呂山町高齢者補聴器購入費助成金に係る医師意見書（様式第2号）
- 購入を予定している補聴器の機種がわかるもの
- 購入を希望する業者が作成した見積書の写し

〈注意事項〉

- ・補聴器は交付決定後に購入してください。交付決定前に購入した場合はこの助成制度の対象にはなりません。
- ・助成の対象となる補聴器は管理医療機器の認証を取得しているものに限りま