様式第1号（第5条関係）

鳩山町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年　　月　　日

鳩山町長　宛て

住　　所

申請者　　氏　　名

対象者との続柄（　　　　　　）

電話番号

高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住　所 |  |
| フリガナ |  | 電　　話 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 購入金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 同　意　書　鳩山町高齢者補聴器購入費助成事業の対象要件の確認のため、住民基本台帳及び町税の納付状況等について、公簿等により確認することについて同意します。署名　　　　　　　　　　　　　 |

添付書類

□補聴器の必要性を認める医師の意見書等

□補聴器の領収書の写し（補聴器利用者の氏名が記載されたもの）

□補聴器の保証書の写し、その他購入した補聴器の型式が確認できる書類