様式第１号（第４条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 高齢者補聴器購入費助成金交付申請書 | | | |
| 年　　月　　日  　大郷町長　　　　　様    　　　　　　　　　　　　　申請者（対象者）   |  |  | | --- | --- | | 住所 |  | | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日生（　　歳） | | 電話番号 |  |   　次のとおり大郷町高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第４条の規定により申請します。  　購入費助成金交付審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、他市町村等関係機関に調査し、照会し、及び閲覧することを承諾します。 | | | |
| 購入を希望する  補聴器 |  | | |
| 購入を希望する  業 者 名 | 別紙見積書のとおり  ※該当業者の方へチェックしてください  　　□公益財団法人テクノエイド協会が認定する認定補聴器専門店  □認定補聴器技能者のいる販売店 | | |
| 身体障害者  手帳の有無 | 有・無 | 生活状況等 | □在宅  □施設  □医療機関 |
| 添 付 書 類 | □補聴器適合に関する診療情報提供書又は医師の意見書  □見積書（宛名が対象者のもの）  　（※上記につきましては、コピーを取って原本をお返しします）  （認定補聴器技能者に補聴器の作成を依頼する場合）  □認定補聴器技能者カードの写し  （大郷町の公簿で所得・課税情報を確認できない方のみ）  □対象者の属する世帯全員の所得・課税証明書 | | |
| 備考 |  | | |