別記第1号様式（第5条第1項関係）

多古町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

多古町長　　　　　　　　　様

住所

申請者　氏名

電話番号

高齢者補聴器購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 電話番号 |  |
| 補聴器の購入日及び購入金額 | 購入日 | 金額 | 申請額 |
| 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 多古町以外からの助成金、その他これに相当するものの受給の有無 | 有　・　無 |
| 振　込　先 | 金融機関名 | 銀行・農協信用金庫 | 本店・支店支所 |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 添付書類添付した書類に☑をつけてください | □聴力検査結果票（別記第2号様式）　（聴力レベルが確認できる医療機関が発行した書類の提出により省略可能）□補聴器の購入日及び購入金額を証する書類□医療機器認定を取得している補聴器であることがわかる書類□振込口座（申請者名義）のわかる通帳等の写し |

申請書の審査のため、住民基本台帳及び身体障害者手帳の交付の有無等について確認することに承諾します。

承諾者氏名（自署）