

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

志免町長 様

志免町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

志免町高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、次のとおり、志免町高齢者補聴器購入費助成金を申請します。

なお、本人及び世帯員の個人情報について、助成の決定に必要な確認事項は、町が保有する情報により確認することに同意します。

申請者 (対象者)	フリガナ			
	氏 名			
	住 所	志免町		
	電話番号		生年 月 日	年 月 日 (歳)
	対象要件 (□に✓)	☐ 身体障害者手帳(聴覚障害)を取得(予定を含む。)していない。		
		☐ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律やその他の法令に基づく補聴器に係る補装具費の支給を受けていない。		
☐ 志免町で過去に同事業の助成を受けたことがない。				
記入者 (申請者と異なる場合)	氏 名		申請者との 関係	
	住 所		電話番号	

【添付書類】

- ☐ 志免町高齢者補聴器購入費助成医師意見書(様式第2号)及びオーディオグラム
※申請前3か月以内に作成されたもの
- ☐ 補聴器1台の購入費用に係る見積書
※両耳一式で購入する場合は、片耳 1 台の金額が分かる明細等も提出すること

(志免町で町民税課税情報が確認できない方は以下も必要)

- ☐ 市町村県民税課税(非課税)証明書(最新年度分)