

年 月 日

鞍手町長 様

鞍手町高齢者補聴器購入費助成申請書

鞍手町高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。
 なお、本人及び世帯員の個人情報及び町税等の納付状況や住民基本台帳、障害者手帳等の交付状況等について、助成金の交付決定の審査において必要な確認事項は、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	フリガナ			
	氏名			
	住所	鞍手町		
	電話番号		生年月日 年齢	年 月 日 歳
	対象要件 (□に✓)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（聴覚障害）を取得（予定を含む。）していない <input type="checkbox"/> 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（平成17年法律第123号）に基づく補聴器に係る補装具費の支給を受けていない。 <input type="checkbox"/> 他法令に基づく補聴器購入費助成を受けていない。		
同一世帯 の者	氏名		生年月日	年 月 日
	氏名		生年月日	年 月 日
	氏名		生年月日	年 月 日
添付書類 (□に✓)		<input type="checkbox"/> 鞍手町高齢者補聴器購入費助成医師意見書（様式2号） <input type="checkbox"/> 補聴器1台の購入費用に係る見積書（申請書の提出日前3ヶ月以内に作成したもの） ※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書等も提出してください。		
届出者 (申請者と 異なる場合)	氏名		申請者との 関係	
	住所		電話番号	

※助成の決定前に購入したのものについては、対象となりませんので注意してください。