御前崎市高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

年 月 日

御前崎市長 様

関係書類を添えて次のとおり補聴器購入費用の補助を申請します。

なお、申請に当たり、申請者世帯の住民登録資料、税務資料等について、関係機関に調査、照会又は閲覧することに同意します。

【申請者（補聴器利用者）】

住 所	〒 (電話 — —)	
フリガナ		生年月日
氏 名	(署名又は記名押印)	年 月 日 (歳)
対象要件 (□にチェック)	☐ 申請者は住民税非課税である。	
	☐ 申請者及び世帯員に市税等の滞納はない。	
	☐ 聴覚又は平衡機能の障害にかかる身体障害者手帳の交付対象でない。	
	☐ 過去にこの事業による補助金の交付を受けていない。	
	☐ 他の法令等による補聴器購入費の助成を受けていない。	

【申請書提出者】 ※申請者と同じ場合は記載不要

住 所	〒 (電話 — —)	
フリガナ		申請者から見た関係
氏 名		
申請書提出者宛てに通知の送付を希望する方は□にチェックを入れてください。 (チェックがない場合は申請者宛てに通知を送付します。)		□

※添付書類

- ・耳鼻咽喉科の医師の証明書（様式第2号）
- ・購入を予定している補聴器のメーカー名及び型番号が明記された見積書、見積内訳書