

様式第1号（第4条関係）

湯梨浜町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

申請者	フリガナ		生年月日
	氏名		大正・昭和 年 月 日（ 歳）
	住所	〒 ー 湯梨浜町 電話番号 ー ー	
	補聴器の種類		
	購入予定金額	円	
	助成金申請額	円	
<p>湯梨浜町長 様</p> <p>上記のとおり補聴器購入費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 なお、この申請にあたり、町が住民基本台帳を閲覧することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名</p>			

※見積書を添付すること

医師による証明	
対象者氏名 _____	
<p>上記の方は、両耳の聴力レベルを平均して40dB以上70dB未満であるため、補聴器が必要であると認めます。（右耳：_____dB ， 左耳_____dB）</p> <p>※両耳の聴力レベルの平均が40dB未満でも補聴器が必要と判断される場合は、次に理由を記載してください。</p>	
理由： _____	年 月 日
医療機関 所在地	
名 称	
医師氏名	Ⓜ
電話番号	