

様式第1号(第5条関係)

吉田町高齢者補聴器購入費助成申請書兼請求書

年 月 日

吉田町長 様

補聴器購入費の助成を受けたいので、吉田町高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、申請にあたり、住民情報・課税情報・町税の滞納情報・障害情報を町が確認することに同意します。

申請者	住所	吉田町			
	氏名				
	生年月日	年	月	日( 歳)	電話
購入額	円(A)		購入日	年 月 日	
助成金算定額	購入費(A)円×助成率1/2 = _____円(B) (1円未満切り捨て)				
申請(請求)額	_____円(Bと3万円の少ない方の額)				

【助成金の振込先】

振込希望先	銀行・金庫・組合 支店	当・普	口座番号 No	口座名義人
-------	----------------	-----	------------	-------

医師の証明	申請者は、身体障害者福祉法別表2に掲げる聴覚又は平衡機能の障害に係る身体障害者手帳の交付対象とならず、かつ、両耳の聴力レベルが30デシベル以上70デシベル未満で、日常生活において補聴器の使用が必要であると認めます。			
	年 月 日			
	所在地			
	医療機関 名称			
	医師名	印(自署の場合は押印不要)		
	電話番号			

※添付書類：購入した補聴器の領収書

町使用欄(第3条及び第6条関係)

(2) 手帳の交付/有・無	(3) 課税状況/課・非	(4) 町税の滞納/有・無
(5) 過去の助成/有・無	(6) その他/有・無	台帳No.