

浅川町高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

年 月 日

浅川町長

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

浅川町高齢者補聴器購入費の補助金を受けたいので、浅川町高齢者補聴器購入費補助金交付要綱の規定により、下記のとおり申請します。

なお、この申請に当たり、資格要件確認のため、納税状況等を確認することに同意します。

記

補助対象者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
購入を希望する補聴器の種類		箱型 ・ 耳かけ式 ・ 耳穴式 ・ その他（ ）
希望する補聴器販売事業者	名 称	
	住 所	
	電話番号	
身体障害者手帳の有無（聴覚障害のみ）		有 ・ 無

【添付書類】

1. 補聴器に関する意見書（様式第2号）
2. 補聴器購入に要する費用の見積書

※ 補助金額は、25,000円が上限で一人1回限りとなります。

※ 補助交付決定通知前に購入した場合は、対象になりませんのでご注意ください。

申請書記入例

様式第1号（第5条関係）

浅川町高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

浅川町長

申請者 住 所 浅川町大字浅川字背戸谷地112-15
氏 名 浅川 太郎
電話番号 0247-36-●●●●

浅川町高齢者補聴器購入費の補助金を受けたいので、浅川町高齢者補聴器購入費補助金交付要綱の規定により、下記のとおり申請します。

なお、この申請に当たり、資格要件確認のため、納税状況等を確認することに同意します。

記

補助対象者	住 所	浅川町大字浅川字背戸谷地112-15
	フリガナ	あさかわ たろう
	氏 名	浅川 太郎
	生年月日	昭和 ●● 年 ● 月 ● 日
購入を希望する補聴器の種類	箱型 <input checked="" type="checkbox"/> 耳かけ式 ・ 耳穴式 ・ その他（ ）	
希望する補聴器販売事業者	名 称	●●●●●店
	住 所	白河市●●●●●
	電話番号	0248-●●-●●●●
身体障害者手帳の有無（聴覚障害のみ）	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	

【添付書類】

- 補聴器に関する意見書（様式第2号）
- 補聴器購入に要する費用の見積書

添付書類を必ず一緒に提出してください。

※ 補助金額は、25,000円が上限で一人1回限りとなります。

※ 補助交付決定通知前に購入した場合は、対象になりませんのでご注意ください。