

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。