様式第1号（第5条関係）

年　　月　　日

浜田市長　　　　　様

申請者　住　所

氏　名

※署名又は記名押印

連絡先　　　　　　　　　（　　　　）

浜田市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり浜田市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第5条の規定により申請します。

なお、助成金の交付決定に際して、市長が私の身体障害者手帳の取得状況及び市町村民税の課税状況について調査することに同意します。

記

1 　助成金交付申請額　　　　　　　　円

2 　助成対象者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 | |  | | |
| 氏名 | |  | 生年月日 | 年　月　日 |
| 購入予定の補聴器 | 製品名 |  | | |
| 販売  事業者名 |  | | |

3 　医師の意見

|  |
| --- |
| 申請者の両耳の聴力レベルは、右（　　　ｄＢ）・左（　　　ｄＢ）であるため、補聴器の使用の必要性を認めます。  年　　　月　　　日  医療機関　所在地  名　称  医師氏名  ※署名又は記名押印 |

4 　添付書類

⑴　見積書等の写し

⑵　その他