

年 月 日

佐川町長 様

佐川町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

佐川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、次のとおり申請します。また、私は、この申請に関して私の住民基本台帳の情報、私が佐川町に納付すべき町税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料の納付状況、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況等について、健康福祉課長が調査を行うことに同意します。

申請者	フリガナ			
	氏 名	大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)		
	住 所	〒 — 佐川町 (電話番号)		
	対象要件	身体障害者手帳（聴覚）の有無 ☐ なし		
記入者 (申請者 と異なる 場合)	氏 名		申請者との関係	
	住 所	〒 — (電話番号)		

※補聴器販売事業者が作成した見積書を添付すること。
※医師による証明欄及び見積書は、申請書の提出日の前 3 月以内に証明され、又は発行されたものであること。

医師による証明	
対象者氏名 _____	
上記の方は、両耳の聴力が 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)	
※両耳の聴力が 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。	
理由： _____	
年 月 日	
医療機関	所在地 名 称 医師氏名 電話番号
	印