

年 月 日

忠岡町長 様

申請者

住 所 〒

フリ ガナ
氏 名

電話番号

.....
.....
..... ()

加齢性難聴補聴器購入費用助成申請書

加齢性難聴補聴器購入費用の助成について、次のとおり申請します。

| | | |
|--------|--|------------|
| 対象者 | 住 所 | 忠岡町 |
| | フリ ガナ 氏 名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| | 電話番号 | () |
| 補聴器の種類 | <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 見積額 | | |
| 備 考 | | |

- 添付書類 (1) 医師が作成した加齢性難聴補聴器購入費用助成医師意見書（様式第2号）
(2) (1)の意見書に基づき言語聴覚士又は認定補聴器技術者が所属する補聴器販売事業者が作成した管理医療機器として指定された補聴器の見積書

※ この申請にあたり、身体障害者手帳（聴覚障害）の取得状況並びに世帯員の町民税の課税状況及び所得状況を確認することに同意します。

対象者氏名