

様式第1号（第5条関係）

吉野川市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

申	フリガナ					生年月日	
	氏名					年 月 日 (歳)	
請	住所	〒 ー 吉野川市				電話番号() ー	
	補聴器の種類		メーカー		型番		
者	見積額	円					
	助成金申請額	円					
<p>吉野川市長 様</p> <p>上記のとおり、補聴器購入費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 なお、市が助成金の審査に必要な情報（住民基本台帳、身体障害者手帳の交付の有無及び市税等の収納状況）を関係機関に確認し、調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 _____</p>							

※見積書を添付すること。

医師による証明	
対象者氏名 _____	
<p>上記の方は、両耳の聴力レベルが平均して40dB以上70dB未満であり補聴器が必要であると認めます。 (右耳：_____dB ・ 左耳：_____dB)</p> <p>※両耳の聴力レベルが平均 40 dB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。</p> <p>理由： _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	
医療機関	所在地
	名称
	医師氏名
	電話番号
	印