

様式第 1 号（第 4 条関係）

難聴者補聴器購入費助成金交付申請書				
申請日 年 月 日 金 山 町 長 様 (申請者) 住 所 : _____ 氏 名 : _____ 対象者との続柄 () 電話番号 : _____ 下記のとおり補聴器購入費助成金の交付を申請いたします。 購入費の支給申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。				
助成 対象者	住 所			
	(フリガナ) 氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別 : 男・女	電話番号 :
購入を希望する 補聴器の種類				
購入予定 事業者名	名 称			
	所在地			
	電 話			
身体障害者手帳の 申請の有・無		有 ・ 無 ※障害者総合支援法等に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めることがあります。		
備 考				