

下仁田町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

下仁田町長 様

申請者 住所.....下仁田町大字.....
 氏名.....
 対象者との続柄.....
 電話.....

下記のとおり、補聴器購入費に対する助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請兼請求します。

なお、申請にあたり助成対象要件の確認のため、次の個人情報の閲覧及び確認を行うことについて同意します。

- 住民基本台帳
- 町税等の納入状況
- 聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況
- 過去5年間の支給実績

記

| | | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|--------------------|-----|
| 対象者 | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | 性別 | 男・女 |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 下仁田町大字 | | | |
| 購入した補聴器 | 購入日 | 年 月 日 | | | |
| | 購入金額 | 円 | | | |
| 申請兼請求額 | 円 | | | | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 下仁田町高齢者補聴器購入費助成金交付意見書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 3か月以内の両耳の聴力レベルが確認できる書類(オーディオグラム) <input type="checkbox"/> 補聴器購入費の領収書の写し <input type="checkbox"/> 振込先口座の通帳見開き(下記口座情報の記載ページ)の写し | | | | |
| 振込先 ※申請者名義の 口座に限る | 金融機関名 | 銀行・金庫 農協・信用組合 | | 本店・支店・本所 支所・出張所 | |
| | 口座番号 | 普通・当座 | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 口座名義人 | | | | |