

高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

申請者(対象者)

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日生(歳)
電 話 番 号	

次のとおり瀬戸内市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第4条の規定により申請します。

購入費助成金交付審査のため、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、他市町村等関係機関に調査し、照会し、及び閲覧することを承諾します。

購入を希望する 補 聴 器			
購入を希望する 業 者 名	別紙見積書のとおり ※該当業者の方へチェックしてください <input type="checkbox"/> 公益財団法人テクノエイド協会が認定する認定補聴器専門店 <input type="checkbox"/> 認定補聴器技能者のいる販売店		
身 体 障 害 者 手 帳 の 有 無	有・無	生 活 状 況 等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 補聴器適合に関する診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 見積書(宛名が対象者のもの) (※上記につきましては、コピーを取って原本をお返しします) (認定補聴器技能者に補聴器の作成を依頼する場合) <input type="checkbox"/> 認定補聴器技能者カードの写し (瀬戸内市の公簿で所得・課税情報を確認できない方のみ) <input type="checkbox"/> 対象者の属する世帯全員の所得・課税証明書		
備 考			