

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

鏡石町長 様

鏡石町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

申請者（対象者）

住 所	鏡石町
氏 名	
生年月日	年 月 日生（ 歳）
電話番号	（ ）

次のとおり、鏡石町高齢者生きがい活動応援（補聴器購入費助成）事業実施要綱第5条の規定により申請します。

私は、鏡石町高齢者補聴器購入費助成金の支給のため、町が必要な情報の公簿等の確認を行うことについて承諾します。

購入を希望する 補 聴 器	
身体障がい者手帳 の 有 無	有 ・ 無
過 去 5 年 間 の 補聴器の購入状況	右（有・無） 年 月 日購入 左（有・無） 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 高齢者補聴器購入費助成事業による交付 <input type="checkbox"/> その他（ ）
添 付 書 類	1. 販売事業者が作成した見積書（宛名が対象者のもの） 2. 鏡石町高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書（様式第2号） 3. オーディオグラム（純音聴力検査表）（3カ月以内のものに限る）
備 考	