

大山崎町中等度難聴者補聴器購入費助成事業申請書

年 月 日

大山崎町長あて

【補聴器利用者】 ※確認事項は、確認後に☑を入れてください。#

フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）
氏 名		電話番号	
住 所	大山崎町 字 大山崎 円明寺 下植野 小字 番地		
確認事項 (※1)	世帯の住民登録、税等情報、身体障害者手帳に関する情報の確認 ☐ 同意する		
	補聴器の購入に係る情報を事業者等へ確認 ☐ 同意する		
	聴覚障害による身体障害者手帳 ☐ 取得していない		
	他の制度で補聴器購入費の助成 ☐ 対象外である		
	過去にこの事業による助成 ☐ 受けたことがない		
	この制度での補聴器購入（※2） ☐ これからである		

※1 対象者は上記いずれにも該当している必要があります

※2 補聴器は当該申請に基づく交付決定を受けた後に購入してください。交付決定前に購入されたものは対象とならないので注意してください。

※※この申請書は、医師意見書(様式第2号)に記載された検査日から3箇月以内の提出が必要です。

【町窓口届出者】 補聴器利用者以外の方は記入してください。

フリガナ		続 柄	電 話 番 号
氏 名			
住 所	☐ 補聴器利用者住所と同じ（記入不用） ☐ その他（ ）		

【連絡・書類送付先】

☐ 補聴器利用者と同じ ☐ 町窓口届出者と同じ ☐ その他（下記に記入してください）			
フリガナ		続 柄	電 話 番 号
氏 名			
住 所			

【町事務処理欄】（以下は記入しないでください）

受 領	
	担 当 者

決定番号