

三朝町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

三朝町長 様

次のとおり、補聴器を購入したので、購入費用について助成金を申請します。なお、この申請にあたり、町が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日
	氏名		大正・昭和 年 月 日生（ 歳）
		※ 本人が自署の場合は印省略可	⑩
	住所	東伯郡三朝町	(連絡先 — )
	購入金額	円	
申請額	円		
※ 購入金額の2分の1の額で、1,000円未満の端数は切り捨てた額を明記ください。			

添付書類：補聴器を購入したことを証する書類（金額が分かるもの）

助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通・その他（ ）	(フリガナ)	
	口座番号		口座名義人	

医師による証明

対象者氏名 \_\_\_\_\_

上記の方は、両耳の聴力レベルを平均して 40dB 以上 70dB 未満であるため、補聴器が必要であると認めます。(右耳：\_\_\_\_\_dB , 左耳\_\_\_\_\_dB)

※ 両耳の聴力レベルの平均が 40dB 未満でも補聴器が必要と判断される場合は、次に理由を記載してください。

理由： \_\_\_\_\_

年 月 日

医療機関 所在地  
名称  
医師氏名  
電話番号

⑩