

様式第1号(第4条関係)

高齢者補聴器購入費助成金交付申請書											
<div style="text-align: right; margin-bottom: 20px;">年 月 日</div> <div style="margin-bottom: 20px;">井原市長 様</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">申請者(対象者)</div> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 150px; padding: 5px;">住 所</td> <td style="width: 300px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">氏 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">生 年 月 日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日生(歳)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">電 話 番 号</td> <td></td> </tr> </table> <p style="margin-top: 20px;">次のとおり井原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、各関係機関に調査し、照会し、及び閲覧することを承諾します。</p>		住 所		氏 名		生 年 月 日	年 月 日生(歳)	電 話 番 号			
住 所											
氏 名											
生 年 月 日	年 月 日生(歳)										
電 話 番 号											
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 (井原市の公簿で所得・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											