

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

湯沢町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

㊞

対象者との続柄 ()

電話番号

湯沢町難聴者補聴器購入費助成申請書

湯沢町難聴者補聴器購入費助成実施要綱第5条の規定に基づき、下記の通り申請します。なお、助成金の交付決定を行うため、必要に応じて、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必要な情報について、各関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。

記

助成 対象者	住 所					
	フリガナ					
	氏 名					
	生年月日	年 月 日	性別		電話	
購入を希望する 補聴器の種類						
補聴器を希望する 業者名	名 称					
	所 在 地					
	電 話 番 号					
身体障害者手帳の 申請の有無	有 ・ 無 ※ 障害者総合支援法に基づく補装具の給付を優先するため、身体障害者手帳の却下通知の添付を求めることがあります。					
最近5年間の 補聴器の購入履歴	<input type="checkbox"/> あり (年 月 日購入) ※ 町補聴器購入費助成事業(難聴者・難聴児)の利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし					
備 考						