

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

勝浦町長 様

勝浦町高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

勝浦町高齢者補聴器購入費補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。私は、この申請に関して私の住民基本台帳の情報及び、私が勝浦町に納付すべき町税等の納付状況、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況等について、福祉課長が調査を行うことに同意します。

申請者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 ー 勝浦町大字 (電話番号)		
	対象要件	身体障害者手帳（聴覚）の有無 <input type="checkbox"/> なし		
記入者 (申請者と異なる場合)	氏 名		申請者との関係	
	住 所	〒 ー (電話番号)		

※補聴器販売事業者が作成した見積書を添付すること。

※医師による証明欄及び見積書は申請書の提出日の前3月以内に証明又は発行されたものであること。

医師による証明

対象者氏名 _____

上記の方は、両耳の聴力が 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