


様式第 1 号 (第 4 条関係)

令和 5 年度大山町高齢者補聴器購入費助成事業金交付申請書

申請者	フリガナ					生年月日
	氏名					大正・昭和 年 月 日 (歳)
	住所	〒 ー 大山町				電話番号 ー ー
	補聴器の種類		メーカー		型番	
	予定する購入費	円				
	助成金申請額	円				
<p>大山町長 様</p> <p>上記のとおり補聴器購入費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 電話番号 () ー</p>						

※見積書を添付すること

医師による証明	
<p>対象者氏名 _____</p> <p>上記の方は、両耳の聴力レベルを平均して 40dB 以上 70dB 未満であり補聴器が必要であると認めます。 (右耳: _____ dB , 左耳 _____ dB)</p> <p>※両耳の聴力レベルが平均 70dB 以上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。</p> <p>理由: _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関 所在地 名称 医師氏名 電話番号</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>	