

# 記入例

様式第1号（第4条関係）

度大山町高齢者補聴器購入費助成事業金交付申請書

認定補聴器専門店に記入してもらってください。

申請者		フクシカイゴ タロウ	生 年 月 日		
		福祉介護 太郎	大正・昭和 15年10月27日 (82歳)		
	住 所	〒689-3211 大山町御来屋 467			
		電話番号 0859 - 54 - 5207			
	補聴器の種類	メーカー		型番	
予定する購入費	200,000 円 ※見積書の額 (消費税抜)				
助成金申請額	30,000 円 ※@購入費×1/2 (100円未満) 上限 30,000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 style="text-align: center;">令和4年10月27日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 御来屋 467 氏 名 福祉介護 太郎 電話番号 ( 0859 ) 54 - 5207</p>					

指定医（聴覚）に記入してもらってください。

※見積書を添付すること

医師による証明

対象者氏名 \_\_\_\_\_

上記の方は、両耳の聴力レベルを平均して 40dB 以上 70dB 未満であり、また永続性が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 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_