

様式第1号（第4条関係）

令和 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 style="text-align: right;">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	
対象者氏名 _____	
<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>	
理由： _____	年 月 日
医療機関 所在地	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">印</div>
名称	
医師氏名	
電話番号	