

三原村長 様

三原村高齢者補聴器購入助成金交付申請書

三原村高齢者補聴器購入助成金交付要綱第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、私が三原村に納付すべき村税等、介護保険料、後期高齢者医療保険料の納付状況、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況等について、住民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	(電話番号)		
	対象要件	身体障害者手帳(聴覚)の有無 ☐ なし		
記入者 (申請者と異なる場合)	氏 名	対象者との関係		
	住 所	(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	
対象者氏名 _____	
上記の方は、片耳の聴力レベルが40dB 以上70dB 未満であるため、補聴器が必要であると認めま (右耳: _____ dB , 左耳 _____ dB)	
※必要と認める場合は、 ☒ をお願いします。	
☐ イヤモールド	
年 月 日	
医療機関	所 在 地
	名 称
	医 師 氏 名