様式第１号（第６条関係）

基山町難聴者補聴器購入費助成金交付申請書

年　　月　　日

基山町長　　様

下記のとおり、基山町難聴者補聴器購入費助成金の交付を申請します。本事業の資格要件確認のため、私の身体障害者手帳の取得状況、聴覚障害による補聴器（補装具購入費）の支給の有無、町税等の滞納状況、その他必要な事項について貴職が職権で調査することに同意します。

あわせて、本事業の助成を受け、補聴器を購入した際には、認定補聴器技能者による補聴器の定期点検を受けることについて同意します。

【申請者（補聴器利用者）】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 電　話 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 基山町 | | |
| 補聴器購入費助成申請額 | 円 | | |

※町確認欄（以下は記入しないでください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認欄 | 添付  書類 | * 医師意見書（作成年月日：　　　　年　　月　　日） |
| * 補聴器購入見積書・仕様書 |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 要件 | 町税等の滞納状況　　　　　　□　なし　　□　あり |
| 身体障害者手帳の取得状況等　□　なし　　□　あり |
| 当助成の交付有無　　　　　　□　なし　　□　あり（　　年　月　日） |