

様式第1号（第4条関係）

高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

河南町長 様

申請者

住 所

氏 名

電話番号

高齢者補聴器購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、この申請に当たり、高齢者補聴器購入費助成事業の資格要件確認のため、身体障害者手帳（聴覚障害）の取得状況及び市町村民税課税台帳により世帯員の課税状況を町が確認することに同意します。

対 象 者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日 歳
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

※町記入欄（以下は記入しないでください。）

添付書類	<input type="checkbox"/> 医師意見書（様式第2号）
	<input type="checkbox"/> 補聴器業者の見積書
	<input type="checkbox"/> その他（カタログ）
要 件	世帯主及びすべての世帯員の市町村民税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
	本事業の助成履歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	身体障害者手帳（聴覚障害） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
備 考	