

様式第 1 号（第 4 条関係）

御殿場市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

御殿場市長 様

御殿場市高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

申請者	フリガナ		生年月日 (年齢)	年 月 日								
	氏 名			( 歳 )								
	住 所											
	電話番号	( )										
補聴器の種類等												
補聴器販売事業者												
<p>私は、他の法令等の規定による補聴器の購入に係る助成を受けていないこと及び過去に同様の助成を受けていないことを誓約します。また、市長が、この申請の内容について住民基本台帳その他の公簿等の確認を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名（自署）</p>												
<p>(助成金の受領に関する委任)</p> <p>御殿場市高齢者補聴器購入費助成金の請求及び受領について、次のとおり補聴器販売業者に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <table><tr><td>申請者</td><td>住 所</td></tr><tr><td>(委任者)</td><td>氏 名</td></tr></table> <table><tr><td>補聴器販売事業者</td><td>所 在 地</td></tr><tr><td>(受任者)</td><td>名 称</td></tr></table>					申請者	住 所	(委任者)	氏 名	補聴器販売事業者	所 在 地	(受任者)	名 称
申請者	住 所											
(委任者)	氏 名											
補聴器販売事業者	所 在 地											
(受任者)	名 称											

(診断書の添付でも可)	耳鼻咽喉科医師証明欄	(申請者) について、両耳の平均聴力レベルが 7 0 デシベル未満であり日常生活において補聴器を使用する必要があることを証明します。		
		年 月 日		
		所 在 地		
		医療機関	名 称	
			医師氏名	印 (署名の場合は押印不要)

(添付書類) 購入を予定している補聴器の見積書