

仙北市高齢難聴者補聴器購入費助成申請書

令和 年 月 日

仙北市長 様

住 所 仙北市

申請者 氏 名

続柄または本人との関係 ()

電話番号

高齢難聴者補聴器購入費の助成を受けたいので、仙北市高齢難聴者補聴器購入費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。

※住所及び氏名は申請者と異なる場合のみ記入してください。

助成対象者	住 所	仙北市				
	フリガナ氏名					
	生年月日	大正・昭和	年	月	日	性別
助成対象補聴器	購入費	円	※助成額 購入費6万円以上：3万円 購入費6万円未満：購入費の2分の1			
購入機種	【ポケット型・耳掛け型・耳あな型・その他 ()】					
身体障害者手帳の有無 (聴覚障害のみ)	無・有 (級)					
私は、市がこの助成の要件を確認するために、私の住民基本台帳を調査すること及び身体障害者手帳の交付の有無を確認することに同意します。						
助成対象者氏名 _____						