

様式第1号（第6条関係）

紀宝町高齢者補聴器購入費用助成申請書

年　月　日

紀宝町長 様

住 所 紀宝町
申請者 氏 名
電話番号

紀宝町高齢者補聴器購入費用に助成を受けたいので、紀宝町高齢者補聴器購入費用助成事業実施要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

申請に当たり、次のことに同意します。

- 助成の対象者となるか否かの確認のために、町が世帯全員の住民基本情報、税情報や同種の助成交付状況等の町が保有する個人情報を確認（調査）すること。
- 身体障害者手帳（聴覚障害）取得状況等を確認（調査）すること。
- 補聴器の購入に係る情報を事業者等に確認（調査）すること。
- 在宅生活の支援を行うために、町が補聴器購入費用の助成を行ったことについて地域包括支援センターに情報提供すること。

補聴器利用者	住 所	〒 紀宝町
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	電話番号	()
対象要件	※ 確認のため、□に☑を入れてください。	
	身体障害者手帳（聴覚障害）の取得状況 <input type="checkbox"/> 取得していない <input checked="" type="checkbox"/> 取得している	
	紀宝町で過去に同事業の助成を受けたことがある <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある	