

年 月 日

印南町長 様

印南町高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

印南町高齢者補聴器購入費補助事業実施要綱第 5 条の規定により、下記のとおり申請します。

また、交付申請の決定のため、私の住民登録資料、税務資料、保険料等の納付資料、補聴器の購入状況その他について、町が保有する情報を調査、閲覧することに同意します。

申請者	住 所	印南町大字		
	フリガナ		電話番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日 歳
	対象要件	身体障害者手帳(聴覚)の有無		<input type="checkbox"/> なし
町税、保険料等の状況		<input type="checkbox"/> 滞納なし		
補聴器の種類				
記入者 (申請者と 違うとき)	氏 名		申請者との関係	
	住 所		電話番号	

【添付書類】

1. 補聴器販売事業者が作成した見積書
2. その他町長が必要と認める書類