

年度大村市高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

申請日 年 月 日

大村市長様

(申請者)  
住所  
氏名  
電話

年度における大村市高齢者補聴器購入費補助金の交付を受けたいので、大村市補助金等交付規則第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、私の住民登録及び介護保険に関する情報並びに補聴器の購入状況について、大村市が関係先に照会・確認することに同意します。

対象者	住所	
	フリガナ 氏名	
	生年月日	年 月 日
購入を希望する補聴器の種類		
購入を希望する業者名	名称	
	所在地	
	電話	
①見積額		円
②基準価格		円
③交付申請額		円
※①と②とを比較して少ない方の額×9/10(限度額 39,000円)		
身体障害者手帳の申請の有・無	有・無 ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めることがあります。	
最近5年間の補聴器の購入状況	右(有・無) 年 月 日購入 左(有・無) 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他	
備考		