

様式第 1 号（第 6 条関係）

利根町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

利根町長 様

〒

申請者 住 所
氏 名
生年月日
連 絡 先

利根町高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、利根町高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第 6 条の規定により関係書類を添えて申請します。

購入を希望する補聴器製品名		
購入を希望する販売店	区 分	下記のいずれかにレ点を記入してください。 ☐ 公益財団法人テクノエイド協会が認定する認定補聴器専門店 ☐ 公益財団法人テクノエイド協会が認定する補聴器技能者が在籍する販売店
	店舗名	
見 積 金 額	円	
交 付 申 請 額	円	

添付書類

見積書（補聴器本体及び付属品の金額並びに販売店舗名が確認できるもの）の写し

私は、利根町高齢者補聴器購入費助成金の交付申請に必要な事項として、「住民基本台帳情報」、「町税等の納付状況」、「補聴器の購入状況」について、当該助成金の所管課職員が調査することに同意します。	
申請者氏名	(自署してください)