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） |