

様式第1号(第4条関係)

せたな町補聴器購入費助成申請書

年 月 日

せたな町長 様

申請者 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号

せたな町補聴器購入費助成事業による助成を受けたいので申請します。
助成金交付審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他資料について、せたな町が関係機関に照会し、調査・閲覧することを承諾します。

	私は、せたな町補聴器購入費助成事業による助成を受けたことはありません。
	私は、せたな町補聴器購入費助成事業による助成を 年 月 日に受け、5年以上経過しています。

医師の 証明 書	氏名 _____
	上記の方は、両耳の聴力レベルが40デシベル以上であり、補聴器が必要であることを証明します。
	年 月 日
	医療機関 所在地
	名 称
	医師氏名
	電話番号