様式第１号（第４条関係）

年度日南町高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フ リ ガ ナ |  | | | 生　年　月　日 | |
| 氏　　　 　名 |  | | | 大正・昭和  　　　年 　月　 日（　　歳） | |
| 住　　　 　所 | 〒  電話番号　（　　　　）　　－ | | | | |
| 補装具業者 |  | | | | |
| 補聴器の種類 |  | メーカー |  | 型番 |  |
| 予定する購入費 | 円 | | | | |
| 補助金申請額 | 円 | | | | |
| 日南町長　様  　上記のとおり補聴器購入費の補助を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、この申請にあたり、町が住民基本台帳や税の納付状況を確認すること及び日南町暴力団排除条例（平成２５年日南町条例第４号）第２条第１号に規定する暴力団、同条第２号に規定する暴力団員又はこれらの利益につながる活動を行い、若しくはこれらと密接な関係がないことを確認するため、日南町が警察署へ照会することについて、同意します。  　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住 所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　）　　－ | | | | | | |
| 医師による証明 | | | | | | |
| 対象者氏名  上記の方は、両耳の平均聴力レベルが30dB以上70dB未満（一側耳の平均聴力レベルが30dB以上70dB未満、他側耳の平均聴力レベルが70dB以上90dB未満を含む。）であり、また永続性があるため補聴器が必要であると認めます。（右耳：　　　　　　dB,左耳：　　　　　dB）  ※両耳の平均聴力レベルが30dB未満で補聴器が必要と判断される場合は、次に理由を記載してください。  理由：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  医療機関　所 在 地  　　　　　　　　　名　　称  　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　電話番号　（　　　　）　　－ | | | | | | |