

様式第 1 号（第 5 条関係）

桶川市高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

年 月 日

桶川市長

（申請者）

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

桶川市高齢者補聴器購入費補助金を受けたいので、桶川市高齢者補聴器購入費補助金交付要綱第 5 条の規定により交付を申請します。

交付申請に関する審査のため、住民基本台帳情報、市税等の収納状況、身体障害者手帳（聴覚障害）取得状況等について、調査、照会及び閲覧することを承諾します。

（補聴器対象者）

ふりがな		生 年 月 日	年 齢
氏 名		年 月 日	歳
住 所	桶川市		
電話番号			
添付書類	<input type="checkbox"/> 桶川市高齢者補聴器購入費補助金交付医師意見書（様式第 2 号） <input type="checkbox"/> 購入を予定している補聴器の見積書（申請者氏名、金額、補聴器の型式等の記載があるもの）		

※ 交付申請及び補助金交付決定前に購入された補聴器は、補助金交付対象外となります。

【市確認欄】

- 住民登録 65 歳以上 聴覚障害の身体障害者手帳の交付対象とならない
- 滞納なし（ 市民税 固定資産税 軽自動車税 国民健康保険税
 介護保険料 後期高齢者医療保険料）
- 補助金交付履歴なし