様式第１号（第５条関係）

　　年　　　　月　　　　日

奥出雲町長　様

申請者　　住所

　　　　氏名

　　　　電話番号

高齢者補聴器購入費助成事業申請書

　補聴器購入費の助成を受けたいので、奥出雲町高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

　なお、申請にあたり、町が次の事項を調査することに同意します。

　（１）身体障害者手帳の取得状況及び補聴器支給の有無

　（２）補聴器の利用状況と認知機能や生活に関すること

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | フリガナ |  | | 生年  月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | |
| 住所 | 〒　　　　－  仁多郡奥出雲町 | | | |
| 対象要件 | □　聴覚障がいによる身体障害者手帳を所持していない。 | | | |
| 購入予定の  販売事業者 | | 名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |