

別 記

第 1 号様式（第 6 条）

高齢者補聴器購入費用助成申請書兼請求書

年 月 日

横芝光町長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊞

生年月日

電話番号

横芝光町高齢者補聴器購入費用助成事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。

補聴器の購入日 及び購入金額		購入日		金額	申請額
		年 月 日	円		円
振込先	金融機関	銀行・農協 信用金庫		本店・支店 支所	
	口座種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				
私は、横芝光町がこの助成の要件を確認するために、住民基本台帳を調査すること及び身体障害者手帳の交付の有無を確認することに同意します。					
申請者氏名 _____					

※添付書類

- ☐ 高齢者補聴器購入費用助成事業証明書（別記第 2 号様式）
- ☐ 補聴器の購入日及び購入金額を証する書類
- ☐ 医療機器認定を取得した補聴器を購入したことを証する書類
- ☐ 振込口座の分かる通帳等の写し