別記様式第1号（第5条関係）

津別町補聴器購入費助成申請書

年　　月　　日

津別町長　様

下記のとおり補聴器購入費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請にあたり、申請者の住民記録、その他必要な資料について、町が調査、照会、閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（対象者） | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 住所 | 〒　　　－ |
| 補聴器購入額 | 円 | 申請額 | 円（上限額３万円） |
| 振込先 | (フリガナ)口座名義人 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 金融機関名 | 銀行・金庫　　　　　　　　　　　　本店・支店組合・農協　　　　　　　　　　　　本所・支所 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 | 　 |

|  |
| --- |
| 医師の意見欄　※耳鼻咽喉科医 |
| ・氏名　　　　　　　　　　　　は、両耳の聴力レベルが40㏈以上70㏈未満であるため、補聴器の装用が有用であると認めます。・両耳装用は　（必要　・　不要）　です。※必要な場合はその理由・オージオグラム検査結果（３ヶ月以内のもの）は裏面に貼付 |
| 年　　月　　日所 在 地医療機関　名称・℡　　　　　　　　　　　　　　（　　　　）医師氏名 |

（裏面）

|  |
| --- |
| 【オージオグラム検査結果貼付欄】 |