

第1号様式

阿賀町補聴器購入費用助成申請書

年 月 日

阿賀町長 様

住 所

申請者 氏 名 (印)

電話番号

(対象者との関係)

補聴器購入費用の助成を受けたいので、阿賀町補聴器購入費用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。

対象者	住 所	〒		
	ふりがな			電話番号
	氏 名		生年 月日	大正 昭和 平成 年 月 日
補聴器購入額		円		
助成申請額		円 ☐ 非課税（限度額70,000） ☐ 課税（限度額30,000）		
添付書類		☐ 医師意見書（第2号様式） ☐ 購入日、購入品目がわかる領収書の写し ☐ 購入した補聴器の種類がわかる書類などの写し		
私は、町がこの助成の要件を確認するために、課税状況及び住民基本台帳を調査すること並びに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。				
対象者氏名 (印)				

口座振込 依頼欄	銀 行 金 庫 組 合	本 店 支 店 出張所	種 目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普 通						
			2 当 座						
			3 その他						
	フリガナ								
	口座名義人								