

様式第1号（第4条関係）

中川村高齢者補聴器購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

中川村長 様

中川村高齢者補聴器購入費の補助を受けたいので、次のとおり申請します。

|      |                 |                   |      |  |  |  |  |                 |  |
|------|-----------------|-------------------|------|--|--|--|--|-----------------|--|
| 氏名   |                 | ⑩                 |      |  |  |  |  |                 |  |
| 生年月日 |                 | 年 月 日（ 歳）         |      |  |  |  |  |                 |  |
| 住所   |                 |                   |      |  |  |  |  |                 |  |
| 電話番号 |                 | — —               |      |  |  |  |  |                 |  |
| 申請額  |                 | 円                 |      |  |  |  |  |                 |  |
| 振込先  | 金融機関名           | 銀行<br>信用金庫<br>農 協 |      |  |  |  |  | 本店<br>支店<br>出張所 |  |
|      | 預金種別            | 普通                | 口座番号 |  |  |  |  |                 |  |
|      |                 | 当座                |      |  |  |  |  |                 |  |
|      | (フリガナ)<br>口座名義人 |                   |      |  |  |  |  |                 |  |

1 添付書類

- ・購入した補聴器の領収書又は支払いを証明する書類
- ・購入機種がわかる書類
- ・耳鼻科医からの補聴器適合に関する診療情報提供書等の写し

2 申請額は、購入費の2分の1以内（上限10万円、100円未満切り捨て）

|       |   |
|-------|---|
| 医師の証明 | 氏名 _____  |
|       | 上記の方は、補聴器の使用が聴力の改善に有効であると証明します。<br>(有効な補聴器の機種等 _____) |
|       | 年 月 日   |
|       | 医療機関 所在地<br>名称<br>医師氏名 ⑩<br>電話番号                      |