

様式第 1 号(第 5 条関係)

年 月 日

富士川町長

氏 名
住 所
電話番号

富士川町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

富士川町高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請
します。

フリガナ		年齢	歳
氏 名			
住 所	〒		
生年月日	年 月 日		
補聴器の種類	製造会社：		
	製 品 名：		
購入する 補聴器の種類	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> その他()		
見積額	円		

添付資料

- (1) 補聴器に関する医師の意見書(様式第 2 号) (医師が証明した日から 6 か月以内のもの)
- (2) 医師の処方箋により補聴器販売業者が作成した補聴器本体及び付属品の購入費用額の見積書(様式第 3 号)