

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

天栄村長 様

天栄村高齢者補聴器購入事業補助金交付申請書

申請者（対象者）

住 所	天栄村
氏 名	
生年月日	年 月 日生（ 歳）
電話番号	（ ）

次のとおり、天栄村高齢者補聴器購入事業補助金交付要綱第 5 条の規定により申請します。

私は、天栄村高齢者補聴器購入事業補助金の支給のため、村が必要な情報の公簿等の確認を行うことについて承諾します。

購入を希望する 補 聴 器	
身体障がい者手帳 の 有 無	有 ・ 無
過 去 5 年 間 の 補聴器の購入状況	右（有・無） 年 月 日購入 左（有・無） 年 月 日購入 ☐ 天栄村高齢者補聴器購入事業補助金による交付 ☐ その他（ ）
添 付 書 類	1. 販売事業者が作成した見積書（宛名が対象者のもの） 2. 天栄村高齢者補聴器購入事業補助金医師意見書（様式第 2 号） 3. オーディオグラム（純音聴力検査表）（3 カ月以内のものに限る）
備 考	