

交野市高齢者補聴器等購入費助成金交付申請書

年 月 日

交野市長 あて

補聴器等購入費の助成を受けたいので、交野市高齢者補聴器等購入費助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり、支給条件の確認のために、私の住民情報・課税情報・障がい情報を市が確認することに同意します。

ふりがな 氏 名	
生年月日	年 月 日
住 所	
電話番号	

※身体障害者手帳交付対象者は、この要綱に基づく交付の対象にはなりません。

医師の証明 (診断書の添付でも可)	氏名	
	対象聴力	該当するチェック欄（□）に✓印をご記入ください。
		<input type="checkbox"/> 両耳とも中等度（40dB以上70dB未満）の難聴 <input type="checkbox"/> その他（
医療機関	所在地 名称 医師氏名 ㊟（署名の場合は押印不要） 電話番号	