

朝霞市高齢者補聴器購入費助成申請書

対象者	住所	〒351-朝霞市		電話番号	()
	フリガナ			生年月日	
	氏名			明治・大正・昭和	
	購入金額	円	補聴器の種類		箱型・耳かけ型・耳穴型・その他 ()

朝霞市長 宛

上記のとおり補聴器購入費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
 なお、この申請にあたり、私及び世帯員の課税台帳、住民基本台帳を閲覧することに同意します。

年 月 日

申請者 住所

氏名 印

対象者との関係 ()

電話番号 ()

助成金は下記の口座に振り込んでください。

銀行・信用金庫 信用組合・協同組合	本店・支店 店名	種目	口座番号							
		普通								
フリガナ										
口座名義人										

※ この申請書に購入した補聴器の領収書を添付してください。

医師の意見欄	
患者氏名	_____
上記の方は、日常生活のために補聴器が必要であると認めます。	
	年 月 日
医療機関	所在地
	名称
	医師氏名 印
	電話番号 ()