

年 月 日

（宛先）御所市長

（申請者）住所

氏名

印

電話番号

御所市難聴高齢者補聴器購入費助成金交付申請書兼請求書

御所市難聴高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第 6 条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請し、請求します。

助成対象者	住 所	御所市		電話番号	
	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)
身体障害者 手帳の有無		【聴覚障害のみ】 無 ・ 有 (級)			
購入機種		製造会社		製品名	
		種類 【箱型・耳掛型・耳穴式・その他 ()】			
購入日		年 月 日	購入金額	円	
助 成 金 申請（請求）額		円			
振込先	金融機関				
	店名		預金種目	1. 普通 2. 当座	
	口座番号				
	フリガナ				
	口座名義人				

【添付書類】

- (1) 医師が作成した御所市難聴高齢者補聴器購入費助成医師意見書（様式第 2 号）
- (2) 仕様書等（補聴器の型番が記載されている書類）
- (3) 領収書の写し
- (4) その他市長が必要と認める書類

【同意・誓約事項】

- 1 助成金の交付のために、次の事項について、市が関係機関等に対し調査を行うことに同意します。
 - (1) 市税の滞納について
 - (2) 本申請書の記載事項について
- 2 助成金の対象となる補聴器の購入について、他の自治体等から同種の助成等を受けていないことを誓約します。

助成対象者署名欄