様式第１号（第４条関係）

東伊豆町高齢者補聴器購入費助成金申請書

年　　月　　日

　東伊豆町長　　様

　東伊豆町高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 助成対象者 |  |
| 生年月日 | 年 　　月　 　日　（　 　歳） |
| 住　所 |  |
| 電話番号 | －　　　　　　　　－ |
| 私は、他の法令等の規定による補聴器の購入に係る助成を受けていないこと及び過去  に同様の助成を受けていないことを誓約します。また、町長がこの申請の内容について、  住民基本台帳その他の公簿等の調査及び障害者手帳の所持の有無の照会を行うこと、世  帯全員について必要な個人情報の確認を行う事に同意します。  申請者氏名 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の証明 | （申請者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　について、両耳の聴力レベルが３０デシベル以上であり日常生活において補聴器を使用する必要があることを証明します。  年　　月　　日  医療機関　　所在地  　　　　　　名　　称  　　　　　　医師氏名  　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）  　　　　　　電話番号 |