

様式第 1 号(第 5 条関係)

石井町高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

年 月 日

石井町長 殿

申請者 住 所 石井町

氏 名

電話番号

石井町高齢者補聴器購入費補助金を受けたいので、石井町高齢者補聴器購入費補助金実施要綱第 5 条の規定により、補助金の交付を申請します。

私は、石井町高齢者補聴器購入費補助金実施要綱第 2 条にすべて該当します。
補助金交付審査のため、私の住民登録資料、その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

第 2 条	1 町内に住所を有し、補助金申請時において満 6 5 歳以上である 2 医師から医療用補聴器の使用の必要性を認められた 3 聴覚障がいに係る身体障害者手帳の交付を受けていない 4 他の法令等に基づき補聴器購入費補助等を受けていない 5 過去に本事業の補助を受けていない
-------	--