

別記様式(第4条関係)

琴浦町補聴器購入費補助金交付申請書

申請者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日(歳)
	住所	〒 ー 琴浦町	
	補聴器の種類		
	購入予定金額	円	
	補助金申請額	円	
琴浦町長 様			
上記のとおり補聴器購入費の補助を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 なお、この申請にあたり、町が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			

*見積書を添付すること

医師による証明	
対象者氏名	_____
上記の方は、両耳の聴力レベルを平均して 40dB 以上 70dB 未満であるため、補聴器が必要であると認めます。(右耳：_____dB ・ 左耳：_____dB)	
※両耳の聴力レベルの平均が 40dB 未満でも補聴器が必要と判断される場合は、次に理由を記載してください。	
理由：	_____
	年 月 日
医療機関 所在地	
名称	
医師氏名	Ⓜ
電話番号	