

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

安来市長 様

申請者 住 所

氏 名

（記名押印又は署名）

電話番号

高齢者補聴器購入助成申請書

補聴器購入費の助成を受けたいので、次のとおり安来市高齢者補聴器購入助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。

なお、この申請に係る内容の審査に際して、補聴器の購入状況等について市が関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

また、助成の決定後、助成金を下記業者が代理受領することを承諾します。

記

対象者	フリガナ 氏 名	-----	生年 月日	年 月 日 (歳)
	住 所			
希 望 す る 業 者	名 称			
	所 在 地			
	電話番号			
身体障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
備 考				