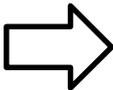


様式第1号（第5条関係）

秩父市中等度難聴高齢者補聴器購入助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

秩父市長 様

原則対象者本人  申請者 住所 秩父市熊木町8-15  
 氏名 秩父 太郎   
 対象者との続柄 本人  
 電話番号 〇〇-〇〇〇〇

秩父市中等度難聴高齢者補聴器購入助成金の交付を受けたいので、秩父市中等度難聴高齢者補聴器購入助成金交付要綱第5条の規定により次のとおり申請(請求)します。

また、秩父市中等度難聴高齢者補聴器購入助成金の交付に係る審査のため、秩父市長が助成対象者及びその世帯員の市税等の収納状況並びに身体障害者手帳(聴覚障害)取得状況を確認することに同意します。

助成対象者	住所	〒368-8686 秩父市熊木町8-15		
	フリガナ	チチブ タロウ	電話番号	〇〇-〇〇〇〇
	氏名	秩父 太郎	生年月日	〇年 〇月 〇日
交付申請額 (請求額)	<b>提出時は空欄</b>			

助成金は下記の口座に振り込んでください。

〇〇	銀行・信用金庫 農協・信用組合	〇〇	本店 支店	種別	口座番号						
				普通 当座	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
フリガナ		チチブ タロウ									
口座名義人		秩父 太郎									

※振込先の口座は対象者本人名義の口座に限ります。

<注意> 「医師の意見書」記載に係る費用は、申請者の自己負担です。

<b>医師の意見書 (医師記入)</b>	
<b>【対象者】</b>	令和 5年 ○月 ○日
氏名 _____	秩父 太郎
上記対象者は、オーディオグラム検査の結果、4分法による中等度難聴（40db 以上）であり、両耳の聴力レベルが日常生活に支障を来すものであるため、補聴器の使用が必要と認めます。	
医療機関 所在地	○○○○○○○○○○○○○○○○○○
名称	○○医院
医師署名	○○ ○○ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>
(署名又は記名押印)	

**補聴器販売証明書 (販売業者記入)**

販売対象者氏名		秩父 太郎
対象補聴器	品名	○○○○
	型番	○○-○○
	製造事業者	○○○○
	販売価格 (税込)	○○○ , ○○○ 円

上記の通り補聴器を販売したことを証明します。

令和5年 ○月 ○日

販売事業者	○○○○○○○○	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>
所在地	秩父市○○○○○○○○	
代表者氏名	○○ ○○	
電話番号	○○-○○○○	