

日南市高齢者補聴器購入助成補助金交付申請書

年 月 日

日南市長 殿

下記のとおり、日南市高齢者補聴器購入助成補助金の交付を申請します。

なお、補助金交付決定のために必要があるときは、申請者（補聴器使用者）の住民登録資料、  
 税務資料、身体障がい者手帳の交付の有無、その他について、市が確認・調査すること及び関係  
 機関に照会、閲覧することを承諾します。

【申請者（補聴器使用者）】

フリガナ		電 話	
氏 名		生 年 月 日	
住 所	〒 日南市		
補 聴 器 の 種 類 等	(製品名・規格)	見積額 (税込)	円

【代理申請者】

フリガナ		電 話	
氏 名		申 請 者 との関係	
住 所	〒		

※市確認欄

確 認 欄	添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 医師意見書	
		<input type="checkbox"/> 補聴器購入見積書	
		<input type="checkbox"/> 完納証明書	
		<input type="checkbox"/> その他 ( )	
要 件		<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳の取得状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 当該補助金交付の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無