

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

（宛先）甲州市長

氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

甲州市介護予防のための補聴器購入費助成金交付申請書

甲州市介護予防のための補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。また、甲州市介護予防のための補聴器購入費助成金の交付に係る審査のため、私の市税等の収納状況及び課税状況を確認すること並びに、県のアンケート実施に伴い、氏名、住所等の個人情報をも提供することについて同意します。

氏 名		年齢	
生年月日	年	月	日
住 所			
補聴器の種類	製造会社：		
	製品名：		
購入する 補聴器の種類	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
見積額	円		

添付資料

(1) 補聴器に関する意見書（様式第2号）

（医師が証明した日から6か月以内のもの）

(2) 意見書の処方により補聴器販売業者が作成した補聴器本体の購入費用額の見積書