

様式第1号 (第6条第1項)

八街市高齡者補聴器購入費用助成申請書

年 月 日

八街市長

様

申請者 住所氏名
生年月日
電話番号

年 月 日生

高齢者補聴器購入費用の助成を受けたいので、八街市高齢者補聴器購入費用の助成に関する規則第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

補聴器の購入に要した費用の額	円		
補聴器購入費用 助成申請額	円（※上限 20,000 円）		
振込口座	金融機関名	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所
	口座番号	普通 ・ 当座	
	(フリガナ) 口座名義		
私は、市がこの助成の要件を確認するために、介護保険被保険者であることの調査及び身体障害者手帳の交付の有無を確認することに同意します。 氏名 _____			

添付書類

- 1 医師が発行した証明書
- 2 医療機器認証を取得した補聴器を購入したことを証する書類