

朝日町高齢者補聴器購入費用助成申請書

年 月 日

朝日町長 様

住 所

申請者 氏 名

対象者との続柄（ ）

電話番号 （ ） —

朝日町高齢者補聴器購入費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。なお、本助成金の交付事務に必要な内容に関し、住民基本台帳を閲覧することについて承諾します。

対 象 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日
	電話番号	() —
購入予定数	<input type="checkbox"/> 右耳用 <input type="checkbox"/> 左耳用	

添付書類

- (1) 医師意見書
- (2) その他町長が必要と認める書類