

白糠町高齢者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

白糠町長 様

[申請者]	住 所
[代 理]	氏 名
	続 柄
	電話番号

白糠町高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので関係書類を添えて次のとおり申請いたします。

対象者	フリガナ 氏 名			大正 昭和 年 月 日生（ 歳）
	住 所	(〒088-) 白糠町		
補聴器の型番			金 額	円
振込先	金融機関名	()銀行・信用金庫・信用組合・農協 ()本店・支店・支所・出張所		
	預金種別	1 普通 2 当座		
	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義人			
備考		*通帳の写しを添付する。		

同意書	
白糠町高齢者補聴器購入費助成金の交付審査をするため、白糠町長が住民基本台帳の情報、町税等に関する公簿、身体障害者手帳(聴覚)の取得状況等について閲覧及び調査することに同意します。	
年 月 日	
氏名	

※欄は記入しないでください。

※町 処 理 欄	備 考				
	添付書類確認	納税状況	助成額	申請可能年月日※5年	確認者
	医 師 意 見 書 () 領 収 書 ()	町に納め るべき税 等の滞納 なし ()	円	年 月 日	

※受領印