様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　砥部町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　伊予郡砥部町

　　　　　　　　　　　　　　　　（交付対象者）氏名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　（　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※自署する場合は押印不要です。

令和７年度砥部町難聴高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

　次のとおり令和７年度砥部町難聴高齢者補聴器購入費補助金の交付を申請します。

　令和７年度砥部町難聴高齢者補聴器購入費補助金交付に係る審査のため、私の住民登録資料、税務資料その他必要な資料について各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者の生年月日 | 年　　　月　　　日　　　　（　　　歳　） |
| 購入する補聴器  の種類等 |  |
| 購入予定事業者 |  |
| 申請額 | 円 |
| 身体障害者手帳  の交付の有無 | 有　　・　　無 |
| 他の法令等に基づく  補聴器購入の助成等 | 有　　・　　無 |
| 介護保険料の滞納 | 有　　・　　無 |

（添付書類）

　(1)　令和７年度砥部町難聴高齢者補聴器購入費助成事業に係る医師意見書（別記様式第２号）

　(2)　購入を予定する補聴器の見積書

　(3)　その他町長が必要と認める書類