別記第１号様式（第５条関係）

士幌町高齢者補聴器購入費助成申請書

年　　月　　日

　士幌町長　　　　　　　　様

申請者

住　　所　士幌町字

　氏　　名

　生年月日

　次のとおり、士幌町高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱に基づき、補聴器購入費の助成を受けたいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 補聴器の種類 |  |
| 補聴器の金額 |  |
| 補聴器販売事　業　者 | 所 在 地 |  |
| 名 　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 備　　　 考 |  |

※　この申請書に、士幌町高齢者補聴器購入費助成意見書(別記第２号様式)又はこれに相当する診断書等及び補聴器の見積書を添付してください。（発行日から３か月以内のものに限る。）