様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

津和野町長　　　様

住　　所

申請者　　氏　　名

電話番号

津和野町中等度難聴者補聴器購入費助成申請書

　補聴器の購入に係る助成を受けたいので、津和野町中等度難聴者補聴器購入費助成事業実施要綱第５条第１項の規定により、次のとおり申請します。

　なお、申請に当たり、町が次の事項を調査することに同意します。

　　(1)　身体障害者手帳の取得状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　　名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 住　　所 |  |
| 対象要件 | □ 聴覚障害による身体障害者手帳を所持していない。 |
| 購入予定の販売事業者 |  |

|  |
| --- |
| 医師の意見欄 |
| 　上記の方の両耳の聴力レベルは、右（　　　　ｄＢ）・左（　　　　ｄＢ）であるため、補聴器の使用が必要であると認めます。　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　担当医師氏名　　　　　　　　　 |