

第 1 号様式（第 4 条関係）

藤枝市高齢者補聴器購入助成給付申請書

年 月 日

藤枝市長 宛

補聴器購入助成給付券の交付を受けたいので、藤枝市高齢者補聴器購入助成給付券交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、給付条件の確認のために、私の住民情報・課税情報・市税等の滞納情報・障害情報を市が確認することに同意します。

氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住所		電話番号	

※身体障害者手帳交付対象者は、この要綱に基づく給付の対象にはなりません。

医師の証明 (診断書の添付でも可)	氏名 _____
	上記の者は、両耳の聴力レベルが 70 デシベル未満であり、日常生活に支障をきたすため、補聴器の使用を必要と認める。
	年 月 日
	医療機関 所在地
	名称 医師氏名(署名) ㊟(署名の場合は押印不要) 電話番号

添付書類 購入を予定している補聴器の見積り