

様式第 1 号（第 6 条関係）

朝日村高齢者補聴器購入費用助成申請書

年 月 日

朝日村長 宛て

申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄
電話番号

朝日村高齢者補聴器購入費用助成事業実施要綱第 6 条の規定により、下記のとおり申請します。また、この申請に関し、貴職が私の住民基本台帳及び住民税等を閲覧すること並びに身体障害者手帳の交付の有無、及び村長に提出した精密健康診断結果（人間ドック健診結果）の聴力レベルを確認することに同意します。

対象者	住所	☐ 申請者住所に同じ 〒 ー 朝日村
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日（満 歳）

（添付書類）

- 1 補聴器販売予定情報提供書
- 2 見積書

事務担当者確認欄	
住基	税務