

様式第1号（第5条関係）

秩父別町軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成申請書

年 月 日	
秩父別町長	様
申請者	住所 氏名 電話 ( )
秩父別町軽度・中等度高齢者難聴者器購入費助成を利用したく下記のとおり申請します。	

対象者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)

受診予定の 耳鼻咽喉科	名称			
	所在地			
	電話番号			

同意書	
秩父別町長	様
秩父別町軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成事業の資格要件確認のため、私の聴覚障害による補聴器の支給の有無を調査することに同意します。	
年 月 日	
対象者氏名 _____	