

高齢者補聴器購入費助成申請書

豊島区長

年 月 日

来所者氏名

(事業所名・氏名)

電話

対象者との関係

高齢者補聴器購入費助成を利用したく、下記のとおり申請します。

申請者 (対象者)	住所 豊島区 丁目 番 号 方・荘 電話 ()	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
	フリガナ 氏名	住民税課税状況 本人非課税(介護保険料所得段階 段階) 本人課税 (介護保険料所得段階 段階)
	聴覚障害による補聴器(補装具購入費)の支給 (○をつける) 有 ・ 無	
通知送付先 (申請者以外希望の場合)		
住所 〒 —		関係
フリガナ 氏名	電話 ()	
<p style="text-align: center;">同意書</p> <p>豊島区長</p> <p>高齢者補聴器購入費助成事業の資格要件確認のため、わたしの住民税課税状況および聴覚障害による補聴器(補装具購入費)の支給の有無を調査することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者住所 _____ 申請者署名 _____</p>		

上記の申請について、下記のとおり決定する。

受付印

受付番号	第 号
受付日	/ /
助成決定	決定・却下
決定日	/ /
助成限度額	円

課税状況
支給有無

入力 <input type="checkbox"/>	通知 <input type="checkbox"/>	事業者へ連絡 <input type="checkbox"/>
高齢者福祉課		高齢者総合相談センター
課長	係長	担当