様式第１号（第５条関係）

高石市補聴器購入費助成金交付申請書

年　　月　　日

高石市長　様

申請者　（〒　　）

（住　所）

（Ｔ　Ｅ　Ｌ）

（氏　名）　　（生年月日）　　年　　月　　日生（　　歳）

高石市補聴器購入費助成金の交付を申請します。

なお、市が申請内容について審査するに当たり、私の身体障害者手帳（聴覚障害）の取得状況、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他審査に必要な情報について閲覧することに同意します。

また、自己負担額を除く金額の請求及び受領に関し、補聴器業者に委任します。

※市記入欄　（以下は記入しないでください。）

添付書類	□医師意見書		
	□補聴器の見積書		
	□その他（　　）		
要　件	世帯主及びすべての世帯員の市町村民税	□非課税	□課税
	本事業の助成履歴	□無	□有
	補装具支給要件の該当の有無	□無	□有
備　考			