

第1号様式（第5条）

印西市高齢者補聴器購入費用助成申請書

年 月 日

（あて先）印西市長

住所
申請者 氏名
電話
（助成対象者との続柄 ）

高齢者補聴器購入費用の助成を受けたいので、印西市高齢者補聴器購入費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

記

助成対象者	住 所	印西市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳）
	電話番号	
補聴器の購入に要した費用の額		
助 成 申 請 額		
振込口座	金融機関名	銀行 本店 農協 支店 信用金庫 出張所
	口座番号	普通 ・ 当座
	（フリガナ） 口座名義	

※ 添付書類

- 1 医師が発行した証明書
- 2 医療機器認定を取得した補聴器を購入したことを証する書類