様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　河内町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　-　　　　-

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　　　　）

河内町高齢者補聴器購入費用助成金交付申請書

　助成金の交付を受けたいので、河内町高齢者補聴器購入費用助成金交付要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

　なお、町が助成金の交付決定の資格審査をするに当たり、町税等の納付状況、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況その他必要な事項について調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 河内町 | | |
| 氏　　　名 |  | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　年　　　 月　 　　日 | | |
| 性　　　別 | 男　・　女 | 年 齢 | 歳 |
| 補聴器の金額 | | 円 | | |
| 助成金交付申請額 | | 円 | | |
| 振込先口座 | 金融機関名 |  | 支店等名 |  |
| 預金種目 | 当座 ・ 普通 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 （カタカナ） |  | | |

添付書類

（１）補聴器購入時の領収書（購入日・購入者氏名・購入店名が明記されている原本）

（２）補聴器の品目等が確認できる書類（取扱説明書の表紙等）の写し

　　（領収書にて同内容が確認できない場合に添付）

（３）金融機関、口座番号、口座名義人が分かる通帳やキャシュカードの写し

（４）その他町長が必要と認める書類

**※町記入欄**

|  |  |
| --- | --- |
| **町内在住・６５歳以上** | **該当 ・ 非該当** |
| **聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付を受けていないこと** | **該当 ・ 非該当** |
| **過去にこの助成の決定を受けた日から起算して５年を経過していないこと** | **該当 ・ 非該当** |
| **本人に町税等の滞納無し** | **該当 ・ 非該当** |