

第1号様式（第5条第1項）

浦安市高齢者補聴器購入費助成申請書

令和 年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
 氏 名
 申 請 者
 生年月日 年 月 日生
 電話番号

補聴器の購入費用の助成を受けたいので、浦安市高齢者補聴器購入費用の助成に関する規則第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

補聴器の購入に要した費用の額		円	
助 成 申 請 額		円	
振 込 先	金融機関名	銀行 農協 信用金庫 店 出張所	
	口座番号	普通 当座 貯蓄	
	(フリガナ) 口座名義人		
※申請者と口座名義人が相違する場合、上記口座名義人に振込を委任します。 ☐ はい			
市町村民税及び所得金額に係る事実について、市が保有する情報により確認することに同意する場合は、署名してください。			
市町村民税の課税状況に係る事実の確認をすることを同意します。			
氏 名 ()			

添付書類

- 1 医師が発行した証明書
- 2 費用を支払ったことを証明する書類
- 3 市町村民税の課税状況を明らかにする書類

第2号様式（第5条第1項第1号）

証 明 書

住 所			
氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生		
上記の者は、難聴であり、補聴器の使用が必要であると認める。 令和 年 月 日 所在地 医療機関 名 称 医師名（自署）			