

## 奈良市高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

令和〇年 〇月 〇日

(あて先) 奈良市長

## 《申請者》

申請をされる方の住所、名前、  
電話番号を記載し、対象者との  
関係を記載ください

住所 奈良市二条大路南一丁目1番1号  
氏名 奈良 太郎  
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

(対象者との続柄：本人 )

奈良市高齢者補聴器購入費補助金交付要領第6条の規定により、次のとおり申請します。また、交付決定に係る審査のため、対象者の住民基本台帳、市民税非課税又は生活保護法による被保護世帯の状況、身体障害者手帳の交付の有無等について調査を行うことに同意します。

補助年度	年度	補助金の名称	奈良市高齢者補聴器購入費補助金
対象者	住所	( <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ) 〒 一 奈良市	補助を受ける対象者が申請者と同一の場合□に✓をお願いします 異なる場合は補助を受ける対象者の住所と氏名を記載して下さい
	氏名	( <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ)	
	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日 ( 〇〇歳 )	
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	どちらかに〇をつけてください
身体障害者手帳（聴覚）の有無		有 · 無	
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会が提供する補聴器適合に関する診療情報提供書の写し</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 認定補聴器専門店等が作成した見積書及び購入する補聴器の型番等が分かる書類</li> <li><input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類</li> </ul>		
※主務課長の意見	提出書類の□に✓をお願いします		

注 ※印の欄は記入しないこと。

※誤って記載した場合は、その箇所に二重線を引き、印鑑を押してください。