

軽度・中等度難聴児補聴器購入等助成金請求書

中野市長

あて

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____

対象者との続柄()

電 話 () _____

(対象者)

住 所 _____

氏 名 _____

下記のとおり軽度・中等度難聴児補聴器購入等助成金の請求をいたします。

補聴器購入等費用 ※差額自己負担分、補装具の 対象とならないものは除く。		円 右 ・ 左 ・ 両 耳							
購入等し た補装具 業者	名 称								
	所在地								
	電 話	()	FAX	()					
振込先	金融機関名 (郵便局を除く)	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所							
	預金種別 (申請者本人の口 座に限る)	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()					
	口座番号								

(注意事項)

1 振込先口座は申請者本人の口座を記載してください。やむを得ず申請者以外の口座を記載する場合は、委任状を添付してください。

なお、郵便局は指定できません。

2 助成額は補聴器購入、修理に係る基準額の3分の2に相当する額とします。

3 補聴器購入等助成額には、差額自己負担分、補装具の対象とならないものは除きます。

(添付書類)

1 補聴器購入等の領収書