

様式第1号（第6条関係）

湯河原町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書兼請求書

湯河原町長 様

住 所

申請者 氏 名

電話番号

標記の助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請及び請求をします。

対象者	住 所	〒		
	ふりがな	電話番号		
	氏 名	生年月日	年 月 日	
補聴器購入額		円		
申請及び請求額		円		
振込先	金融機関名	銀行 信金 農協 ()	本店 支店 出張所 ()	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

(添付書類)

- 補聴器購入に係る領収書
 - 課税台帳等閲覧承諾書（様式第2号）
 - 湯河原町高齢者補聴器購入費助成金についての医師証明書（様式第3号）
 - 湯河原町高齢者補聴器購入費助成金補聴器適合確認証明書（様式第4号）
- ※ただし、第5条の適用を受けようとするものに限る

様式第2号（第6条関係）

課税台帳等閲覧承諾書

湯河原町高齢者補聴器購入費助成金の交付に係る助成対象者の要件を
確認するため、私の課税台帳等を閲覧することに同意します。

年 月 日

湯河原町長 様

住 所 _____

氏 名 _____

様式第3号（第6条関係）

湯河原町高齢者補聴器購入費助成金についての医師証明書

（申請者氏名）_____様 について、加齢性難聴であること
及び日常生活において補聴器の使用が必要であることを証明します。

年 月 日

湯河原町長 様

（補聴器相談医）

住 所 _____

名 称 _____

医 師 _____

様式第4号（第6条関係）

湯河原町高齢者補聴器購入費助成金補聴器適合確認証明書

患者記入欄	カルテ番号 (診察券番号)		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	フリガナ			
	患者氏名		性別	男 ・ 女
	患者現住所			
	患者連絡先	(自宅) — — (携帯) — —		
担当医記入欄	(下記のいずれかにチェック) <input type="checkbox"/> 上記患者について、補聴器が適合もしくは適合に近い状態であることを確認した。 <input type="checkbox"/> 上記患者について、補聴器の装用効果があることを確認した。 以下 担当医コメント (任意記載)			
	上記の通り証明します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 所在地 医療機関名 電話番号 補聴器相談医氏名			

年 月 日

様

湯河原町長



湯河原町高齢者補聴器購入費助成金交付決定（却下）通知書

年 月 日に申請のありました標記の助成金の交付につきまして、
次のとおり決定しましたので通知します。

決定内容	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下
助成金額	円
却下の理由	

年 月 日

様

湯河原町長



湯河原町高齢者補聴器購入費助成金交付決定（一部）取消通知書

年 月 日付で決定した湯河原町高齢者補聴器購入費助成金については、次のとおり取り消すことを決定しましたので通知します。

- | | | |
|---|-----------|----|
| 1 | 交付取消額 | 円 |
| | （既交付決定額 | 円） |
| 2 | 取消後の交付決定額 | 円 |
| 3 | 取り消しの理由 | |