別記様式第1号（第5条関係）

高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年　　月　　日

長沼町長　様

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続　柄　　（　　）

高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、長沼町高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、この申請に当たり、申請者の課税台帳及び住民基本台帳を閲覧することに同意します。

申請者（補聴器利用）	住　所	〒 電話番号　　（　　）	
	（フリガナ） 氏　名		生年月日
			年　月　日（　歳）

下記内容について確認してください。（確認後☑を入れてください。）	
住民基本情報、税情報等、町が保有する個人情報を利用	□　同意する
補聴器の購入に係る情報を事業者等へ確認	□　同意する
聴覚障害による身体障害者手帳	□　所持していない
住民税課税状況	□　住民税非課税又は均等割のみ課税