

別 記  
第1号様式（第5条関係）

鎌ヶ谷市高齢者補聴器購入費用助成事業申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

申込者 住 所  
氏 名  
電話番号

高齢者補聴器購入費用の助成を受けたいので、鎌ヶ谷市高齢者補聴器購入費用助成事業実施要綱第5条の規定により次のとおり申請します。

助成対象者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
	電話番号	( )
補聴器の購入に 要した費用の額		円
助成申請額		円
振込口座	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所
	口座番号	普通・当座
	(フリガナ) 口座名義人	
私は、市がこの助成の要件を確認するために、私及び家族の課税状況を調査すること、住民基本台帳を調査すること並びに身体障害者手帳の交付の有無を確認することに同意します。 助成対象者氏名 _____		