様式第１号（第５条関係）

沼田町軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成申請書

年　　月　　日

沼田町長　　様

住　所
申請者　氏　名
電　話　　（　　）

沼田町軽度・中等度高齢者難聴者器購入費助成を利用したく下記のとおり申請します。

対　象　者	住　　所			
	氏　　名		生年月日	年　　月　　日 （　　歳）
受診予定の耳鼻咽喉科	名　　称			
	所 在 地			
	電話番号			

同意書

沼田町長　　様

沼田町軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成事業の資格要件確認のため、私の町民課税状況及び聴覚障害による補聴器の支給の有無を調査することに同意します。

年　　月　　日

対象者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿