

川口市高齢者補聴器購入費補助事業 事前確認票

年 月 日

受付番号

(補聴器が 必要者 対象者 人)	住 所	
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	電 話	( )

※上記以外の方が提出される場合に記入※

住所

氏名・ふりがな

連絡先 / 続柄

同意事項	<p><input type="checkbox"/> 私は、この補助事業の要件確認のため、市が私の課税状況等の必要な情報の公簿等を確認することについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">対象者 _____</p> <p style="text-align: right;">代筆者 _____</p> <p>※同意事項にチェックをしてご署名ください。</p>
------	---

担当者記入欄

<  全て該当 → 申請書・医師意見書配布 >      <  非該当 >  
 住所    65 歳以上    非課税    身障手帳 (聴覚) なし  
 交付履歴なし

(受付印)