**伊奈町高齢者補聴器購入費助成事業　事前確認票**

　年　　　　月 　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者（補聴器が必要な人） | |
| 住所 | 伊奈町 |
| 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） | （続柄） |
| 連絡先 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 同意事項 | * 私はこの助成事業の要件確認のため、町が私の町税滞納歴等の   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。  対象者  （代筆者）　　　　　　　　　　　　　　（続柄）  ※同意事項にチェックをしてご署名ください。 |

―――――――――――≪下記は町確認欄になります。記入しないでください。≫―――――――――

|  |  |
| --- | --- |
| 【町確認欄】  □下記全て該当　　□非該当 | （受付印） |
| □住民登録　 □６５歳以上　　□身障手帳（聴覚）なし  □滞納なし　※ない場合☑  □町民税　　□固定資産税　　□軽自動車税　　□介護保険料  □国民健康保険税　　□後期高齢者医療保険料  □交付履歴なし |