

起案	年	月	日
決定	年	月	日
施行	年	月	日
保存	長期		
非公開	理由(個人情報)		

担当	主査	課長	決定番号

第1号様式

墨田区高齢者補聴器購入費助成金申請書

年 月 日

墨田区長 あて

次のとおり、墨田区高齢者補聴器購入費の助成を申請します。
また、申請に当たり、次のことに同意します。

- 1 私の個人情報について、助成の決定に必要な範囲内において、区の関係部課が保有する情報により確認すること。
- 2 私の補聴器の購入に係る情報について、区が事業者等に確認し、又は提供すること。
- 3 私の個人情報について、在宅生活の支援に資すると区が判断する場合は、必要とする限りにおいて高齢者支援総合センター(地域包括支援センター)等に情報提供すること。
- 4 区が、本事業に関するアンケートを実施する場合、アンケート送付を目的に個人情報を利用すること。

申請者 (利用者)	ふりがな			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	墨田区 ー		
	電話番号		携帯電話番号	
助成金額 (上限額)	72,450円(住民税非課税者) / 40,000円(住民税課税者) ※補聴器代(充電器、イヤモード含む。)と比較して少ない方の額になります。 ※申請が4月~6月の場合は、前年度の住民税を参照します。			
確認事項	次の要件をすべて満たす場合に対象になります。 <input type="checkbox"/> 聴覚障害による身体障害者手帳を保有していない。 <input type="checkbox"/> 本事業の助成を5年以上受けていない。 <input type="checkbox"/> 申請する補聴器は購入前である。 (交付決定前に購入した補聴器は助成対象外) (医療機器として認定されている製品に限る。集音器などは対象外)			
備考欄				

裏面に医師記入欄があります。
耳鼻咽喉科を受診し、記入を受けた上で、区に提出してください。
(医師の「記入日」から3か月以内のものに限ります。)

事業所名	担当者	TEL
申請受付	高齢者支援総合センター 担当者	TEL

医師意見欄 ※耳鼻咽喉科を標榜する医師の記入に限ります

●オージオグラム4分法による聴力検査結果をご記入ください。

左

dB

右

dB

●下記の口印のいずれかにチェックをお願いします。

両耳が中等度難聴(40dB以上70dB未満)以上で、聴覚障害による障害者手帳の交付対象外である。

上記に該当しないが、補聴器装用の必要がある。※以下に理由を記載

理由:

年 月 日記入

※記入日から3か月有効

所在地 :

名称 :

医療機関

医師氏名 :

㊞

電話番号 :

聴力検査結果(オージオグラム)添付箇所
(コピー可)

※添付できない場合は別紙でも構いません。