

起 案	年	月	日
決 定	年	月	日
施 行	年	月	日
保 存	年	月	日
非 公 開	(理由 個人情報)		

係 員	係 長	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。

- 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。
- 補聴器の購入に係る情報を事業者等に確認すること。
- 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。

住 所	墨田区 吾妻橋 一丁目 23番 20 - 401号		
フリガナ	スミダ タロウ	電 話	03 - 5608 - 6168
氏 名	墨田 太郎 	生年月日	昭和 20年 1月 1日 ( 70 歳)
対象要件	聴覚障害により補聴器(補装具購入費)の支給を受けている	<input checked="" type="radio"/> 受けていない	<input type="radio"/> 受けている
	住民税課税状況	<input checked="" type="radio"/> 非課税	<input type="radio"/> 課税

印は、朱肉を使用する印鑑をお使いください。

### 医師の意見欄

患者氏名 \_\_\_\_\_

三分法にて、該当する聴力にチェックしてください。

- 【対象聴力】
- 両耳が50dB以上
  - 一側耳が30dB以上で、かつ他耳が70dB以上

上記の者は、補聴器が必要であると認めます。

# 医師に記入・押印してもらってください

所在地

名 称

医療機関

診 療 科

医師氏名

印

電話番号 ( )

オーディオグラム(純音聴力検査表)(3か月以内のもの)の添付をお願いします。

受付

高齢者支援総合センター 担当

その他

担当

電話