

世田谷区中等度難聴者補聴器購入費助成申請書

世田谷区長 あて

- 次のとおり、世田谷区中等度補聴器購入費助成を申請します。また、次のことに同意します。
- 1 区が資格要件確認のために住民記録情報・税情報等の区が保有する個人情報を確認すること。
 - 2 区が申請者に係る情報について、必要に応じ、医療機関又は補聴器販売店から提供を受け、又はこれらに提供すること。

		申請日		年	月	日
申請者 (利用者)	フリガナ			生 年 月 日		
	氏 名			年 月 日 () 歳		
	住 所	〒 ー 世田谷区				
	電話番号	()				
	メールアドレス					
確認事項	●次の要件を全て満たす場合に対象となります。□にレ印を記入してください。					
	☐ (学生以外) 前年度の住民税が非課税である。					
	☐ (学生) 特別区民税所得割額が 4 6 万円未満である。					
	☐ 身体障害者手帳 (聴覚障害) の等級に該当しない					
	☐ 公益財団法人テクノエイド協会が認定する認定補聴器技能者が在籍する補聴器の販売店で見積書を作成し、同封している。 ※区による助成決定後に購入する補聴器本体 (管理医療機器) が本事業の対象となります。					
	☐ 初めて補聴器を購入する又は補聴器の購入から 5 年が経過している。					
☐ (学生の場合) 在学中であることが分かる証明書の写し						

●以下、医療機関の方がご記入ください。(裏面あり)

医師意見欄 (医師意見欄は以下記入日から 6 か月有効)		
※耳鼻咽喉科を標榜する医師の記入に限ります。		
●確認のため□にレ印の記入、両耳への補聴器装用の必要性の有無を記入してください。		
☐ オーディオグラム検査の結果、補聴器の装用が有効であると認めます。 ※聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付対象となる方は、本事業の対象外です。		
両耳への補聴器装用の有効性・・・有 ・ 無		
※両耳の聴力レベル及び裏面に医療機関名等の記入、オーディオグラムの検査結果を貼付してください。		
	右耳	左耳
聴力レベル	d B	d B

記入日 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名・電話番号

医 師 名

【オーディオグラム貼付欄】