

第1号様式（第7条関係）

世田谷区中等度難聴児発達支援事業 補聴器購入費助成申請書

申請日		年	月	日
世田谷区長 あて  (申請者) 住所  氏名 児童との続柄 連絡先  下記のとおり補聴器購入費の助成を申請します。 助成の審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務関係資料その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。  記				
購入を希望する補聴器の種類	別紙、世田谷区中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費助成金意見書のとおり			
購入を希望する補聴器業者	名 称 所 在 地 電話番号			
フリガナ			生年月日	年 月 日
対象児童氏名				
対象児童住所	世田谷区			
身体障害者手帳（聴覚障害）の申請の有無		<input type="checkbox"/> 有 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/>無</span>		
生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関	最近5年間の補聴器の購入の状況	右（有・無）年 月 日購入 左（有・無）年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 中等度難聴児発達支援事業 <input type="checkbox"/> 補装具費支給制度 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

対象児童氏名		年 月 日生 ( 歳)
住 所	世田谷区	丁目 番 号方)

※身体障害者手帳（聴覚障害）に該当する聴力の場合は、本事業の対象ではありません。

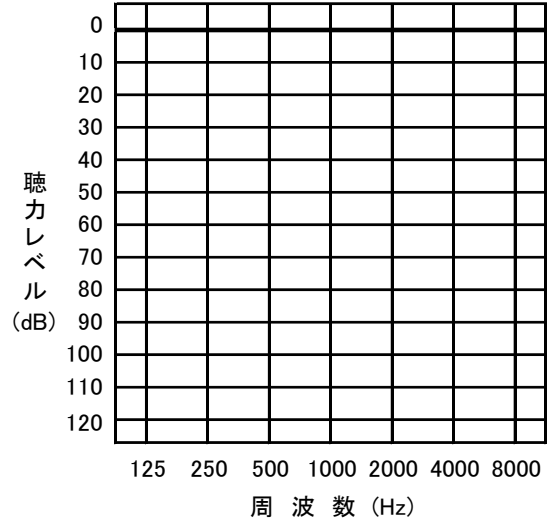
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項の規定により都道府県知事が定める医師、障害者総合支援法第59条第1項の規定による都道府県知事の指定を受けた指定自立支援医療機関の医師又は対象児童の主治医のうち耳鼻咽喉科を診療科とする者が記入してください。

1 聴覚障害の状況及び所見

- (1) 難聴の種類  
伝音難聴・感音難聴・混合難聴
- (2) 鼓膜の状況



- (4) オージオグラム（別紙可） ※検査可能な場合は  
検査法 ( ) 骨導値記入



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
聴力レベル	dB	dB
最良語音明瞭度	( dB) %	( dB) %

2 必要とする補聴器等及びイヤモールド

※該当する部分に○を付けてください。

装用耳	中等度～高度難聴用 (聴力レベル90dB未満)		重度難聴用(聴力レベル 90dB以上)		耳あな型		骨導式		イヤモールド	専門的知識・技能を有する者による調整	補聴システム (FM型・デジタル方式)		
	ポケット型	耳かけ型	耳かけ型	ポケット型	レディメイト	オーダーメイト	ポケット型	眼鏡型			ワイヤレスマイク	受信機	オーディオチュー
右									要・不要	要・不要			
左									要・不要	要・不要			

※原則は、片耳分に支給します。ただし、区長が教育上又は生活上配慮を要するとして特に必要と認めるときは、両耳分に支給します。

3 補聴器等を必要とする理由および具体的効果（言語の習得や生活能力の向上に寄与するなど）

※補聴器の装用による具体的効果、両耳装用が必要な理由、専門的知識・技能を有する者による調整が必要な理由、補聴システムが必要な理由等をご記入ください。

上記のとおり意見する。

年 月 日 医療機関名  
所在地・電話番号  
医師名

