

# 高齢者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

福山市長 宛

申請者 住 所  
〒  
.....  
.....  
名 前 .....  
電話番号 .....  
対象者との続柄 .....

次の者について、高齢者補聴器購入費助成を申請します。

また、申請に当たり、次のことに同意します。

- 1 市が高齢者補聴器助成事業の資格要件確認のため、住民記録情報等市が保有する個人情報を確認すること。
- 2 市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。

対象者	フリガナ	
	名 前	
	生年月日	大・昭 年 月 日 ( ) 歳 西 暦
	住 所	〒 - 福山市
確認事項	次の要件をともに満たす場合に対象となります。確認後、□にレ印を記入してください。 <input type="checkbox"/> 聴覚障がいに関する身体障がい者手帳は保有していない。 <input type="checkbox"/> 本事業の助成を受けたことがない。	

※ 以下、病院の方が御記入ください。

### 医師意見欄

※一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会が委嘱する補聴器相談医の記入に限ります。

該当する□にレ印を記入してください。

- オーディオグラム検査の結果、両耳とも中等度の難聴（40dB 以上 70dB 未満）である。
- 中等度難聴の範囲外だが補聴器装用の必要がある。

（理由）

※ 身体障がい者手帳の交付対象となる方は、本事業の対象外です。

所在地

（医師意見欄は記入日から6か月有効）

医療機関名

年 月 日記入

医師名

### 【オーディオグラム貼付欄】