

高齡者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

福 山 市 長 様

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、高齡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 市が高齡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、必要に応じて、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	
		☐ 申請者と同一である（同一の場合は記入不要）
	生年月日	大 ・ 昭 西 暦 年 月 日 （ ） 歳
住 所	住 所	福山市
		☐ 申請者と同一である（同一の場合は記入不要）
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。 ☐ 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。 ☐ 本事業の助成を受けたことがない。	

※ 以下、医療機関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 <u>補聴器相談医</u> の意見に限ります。	
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、 <u>両耳とも</u> 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】

--