

品川区長あて

品川区高齢者補聴器購入費助成申請書

次のとおり、品川区高齢者補聴器購入費助成金の交付を申請します。

また、申請に当たり、次のことに同意します。

- 品川区が、資格要件を確認するため、本人に係る住民基本台帳上の情報、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況を確認すること。
- 品川区が、申請者に係る情報について、必要に応じ、医療機関または補聴器販売店から提供を受け、またはこれらに提供すること。

●申請者(補聴器利用者)記入欄

フリガナ		電 話	
氏 名		生年月日	年 月 日(満 歳)
住 所	〒 品川区		
確 認 事 項	下記の内容を確認の上、□に✓をお願いします。 <input type="checkbox"/> 聴覚障害による身体障害者手帳を取得していない。 <input type="checkbox"/> 品川区で本事業の助成を5年以内に受けたことがない。		
助 成 申 請 額	円 ※補聴器購入額(対象経費)と上限額35,000円を比較して少ない方の額を記載		

※通知書等送付先(申請者以外を希望する場合)

フリガナ		電 話	
氏 名		申請者との関係	
住 所	〒		

●医療機関(耳鼻咽喉科)記入欄

医師意見欄

- ・オーディオグラム4分法による聴力検査を実施の上、以下に聴力検査結果の記入および裏面に検査結果を貼付(写し可)してください。検査の結果、補聴器が不要と判断された場合、本紙は記入不要となるため、証明料を徴収しないようお願いします。
- ・ご不明な点がありましたら、高齢者地域支援課(☎03-5742-6802)までご連絡ください。

【聴力検査結果】

オーディオグラム4分法の結果について、下記の□印のいずれかに✓をお願いします。

- 両耳が中等度難聴(40dB以上70dB未満)以上で、聴覚障害による障害者手帳交付の対象外である。
- 上記に該当しないが、補聴器が必要と認められる。 ※以下に理由を記載

【理由: _____】

医療機関名称:		年 月 日作成
住 所:		※作成日から6か月有効
電 話 番 号:		
医 師 名:		

●添付書類

補聴器見積書(写し可)

【確認事項】①補聴器販売店で相談・視聴の上、見積書を取得して下さい。

なお、助成決定通知より先に補聴器を購入した場合、助成の対象外となります。

②見積書には「担当者名」・「資格(言語聴覚士または認定補聴器技能者)」の記載が必要です。

③補聴器販売店で助成金の受領方法を確認の上、下記の□に✓をして下さい。

- 代理受領(助成額を差し引いた額で購入し、助成金は区から補聴器販売店へ支払う方法)
- 本人受領(代金を全額支払い、後日、助成金を区から申請者へ支払う方法)

【オーディオグラム貼付欄】