

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。
- 品川区が、本事業に関するアンケートを実施する場合、アンケート送付を目的に個人情報を利用すること。

●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72,450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

耳鼻咽喉科医師の意見欄

- ・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および障害者総合支援法に基づく補装具(補聴器)支給を受けられる場合は対象外となります。本紙の記入は不要のため、証明料を徴収しないようお願いいたします。
- ・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:

上記の者は、補聴器の装用が必要であると認めます。

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 オーディオグラム(裏面に添付)

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】