

(表)

年 月 日

狛江市長 宛て

狛江市軽中等度難聴者補聴器購入費助成金交付申請書

次のとおり、狛江市軽中等度難聴者補聴器購入費助成金の交付を申請します。  
また、申請にあたり、次のことに同意します。

- 1 住民基本台帳の情報を閲覧すること。
- 2 住民税の課税状況を閲覧すること。
- 3 身体障害者手帳の取得状況及び、補装具費支給制度による補聴器の交付状況を確認すること。

1. 申請者（補聴器を装用する方）記入欄

フリガナ		電 話	
氏 名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 狛江市		
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"/> 聴覚障がいによる身体障害者手帳の申請をしていない。 <input type="checkbox"/> 狛江市で本事業の助成を5年以内に受けたことがない。		
担当者確認欄	・住民税課税状況等 ※こちらの記入は不要です。 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税（前年度の合計所得金額が210万円以下） ・聴覚障がいによる身体障害者手帳取得の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
助成申請額	円 ※対象機器購入費（助成対象経費）と上限額40,000円を比較して少ない方の額を記載（千円未満切り捨て）		

※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	※親族以外不可
住 所	〒		

2. 医療機関（補聴器相談医）記入欄

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が在籍する医療機関に限ります。 ・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及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、本意見欄には記入せず、医師意見書の証明に係る費用は徴収しないでください。	
患者氏名	
上記の者は補聴器の装用を必要と認めます。 医師が必要と認める補聴される耳（右耳 ・ 左耳 ・ 両耳）	
<b>【聴力検査結果】</b>	
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。 <input type="checkbox"/> 両耳が軽中等度難聴（30dB以上70dB未満）以上で、聴覚障がいによる障害者手帳交付の対象外である。 <input type="checkbox"/> 左右両方の耳又は左右いずれかの耳について、4分法による平均聴力レベルが30dB未満であるが、補聴器の必要性を認める。※下記に理由を記載	
<b>【理由：】</b>	
医療機関名称：	年 月 日作成
住 所：	※作成日から6か月間有効
電 話 番 号：	
医 師 名：	

（裏）

【オーディオグラム貼付欄】

### 3. 添付書類

- 【必須】対象機器見積書（写し可）
- その他市長が必要と認める書類

確認事項 ①対象機器販売店で相談・試聴の上、見積書を取得してください。  
なお、**交付決定通知より先に対象機器を購入した場合、助成の対象外となります。**  
②見積書には「担当者名」・「資格（**認定補聴器技能者**）」の記載が必要です。  
③交付の対象となる対象機器は、左右いずれか又は両方のうち、補聴器相談医により医師意見欄に記載された必要と認める補聴される耳に装用するものとなります。  
④申請年の1月2日以降に転入してきた方は、課税状況が確認できる書類を1月1日まで住民登録があった自治体で取得してください。（例：課税証明書）