

# 高齢者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

杉並区長 宛

次のとおり、杉並区高齢者補聴器購入費助成を申請します。

申請に当たり、次のことに同意します。

- 1 区が杉並区補聴器購入費助成事業の資格要件確認のため、住民記録情報・税情報等区が保有する個人情報を確認すること。
- 2 区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。

申請者 (利用者)	フリガナ		生年月日
	氏名		明大昭 年 月 日( )歳
	住所	〒 ー 杉並区	
	電話番号	自宅 ( )	携帯 ( )

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。□にレ印を記入してください。	
	□ 聴覚障害による身体障害者手帳は保有していない。	
	□ 当事業の助成を受けたことがない。	
	●課税状況によって助成額が異なります。	
	※補聴器購入費総額と基準額(137,000円)を比較し、少ない方の額から次のとおり助成額を算出します。	
	住民税非課税世帯	上記費用に1/3を乗じた額(助成限度額:45,700円)
住民税課税世帯	上記費用に1/6を乗じた額(助成限度額:22,900円)	

●以下、病院の方がご記入ください。

<b>医師意見欄</b>	
<b>※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 又は、別紙「杉並区内補聴器相談医名簿」医師の記入に限ります。</b>	
●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)。	
□ 中等度難聴の範囲外だが補聴器装用の必要がある。	
〔理由〕	
※身体障害者手帳の交付対象となる方は、本事業の対象外です。	
※オーディオグラムの検査結果を裏面に貼付してください。	

医療機関名・医師名	(医師意見欄は以下記入日から6か月有効)
所在地	年 月 日記入

【オージオグラム貼付欄】