

# 足立区高齢者補聴器購入費用助成申請書(償還払い用)

令和 年 月 日

(提出先)  
足立区長

申請者氏名  
(事業所名・氏名) \_\_\_\_\_  
電話番号 ( ) \_\_\_\_\_  
対象者との関係 \_\_\_\_\_

中等度の難聴のため、足立区高齢者補聴器購入費用助成を償還払いで利用したく下記のとおり申請します。

対象者	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
	住所	足立区	電話番号	( )

対象要件	助成対象となる補聴器の購入をしていない
	足立区で同事業の助成を受けたことがない
	聴覚障害による補聴器(補装具購入費)の交付を受けたことがない、または対象とならない
	中等度の難聴であり、医師の意見欄等に証明を受け、オーディオグラムの添付がある

上記の全てに該当した場合に助成の対象となります。

この申請をするにあたり、交付の決定に必要な範囲内において、住民記録情報および聴覚障害による補聴器(補装具購入費)の支給の有無等の調査に必要な区が保有する個人情報の利用に同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_ 印

対象者氏名は対象者本人が自署にて署名したもの、または対象者の氏名を記名および押印したもの

## 医師の意見欄

標準純音聴力検査の4分法にて中等度難聴に該当するため、上記の対象者は補聴器が必要であると認めます。

オーディオグラムの結果、両耳の聴力レベルがそれぞれ40dB以上70dB未満、あるいは1側耳の聴力レベルが40dB以上90dB未満、他側耳の聴力レベルが40dB以上50dB未満のもので、聴覚障がい身体障害者手帳に該当しない方を基準としています。

裏面にオーディオグラムの結果を貼付してください。

検査の結果、両耳とも70dB以上ではあるが、聴覚障がい身体障害者手帳に該当しないと判断された時は裏面の聴力レベル欄へ理由を記載してください。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名 日本耳鼻咽喉科学会専門医 ( )

電話 ( )

## 【オーディオグラム貼付欄】

## 医療機関のみなさまへ

足立区では65歳以上の高齢者の方で、**中等度難聴の方**を対象とした高齢者補聴器購入費用助成事業を実施しておりますが、補聴器の購入前に費用助成の決定が必要なため耳鼻咽喉科専門医（日本耳鼻咽喉科学会認定）様から本事業の基準を満たす証明書の提出をお願いしております。

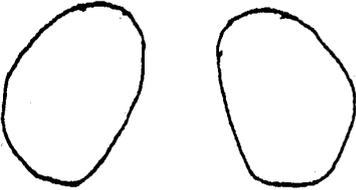
対象となる方の申請書表面の意見欄へ医療機関名ほか記載と、この面にオーディオグラムの結果を貼付していただき、下記の欄へ鼓膜所見、4分法の聴力レベルをご記入いただきますようお願いいたします。

検査の結果、聴力レベルが身体障害者手帳の聴覚障がい等級に該当する方は表面の意見欄に証明せず、障がい援護課各援護係へ身体障害者手帳の申請について相談するようご案内いただきますよう、お願い申し上げます。

問合せ先（補聴器購入費用助成事業について）

足立区役所 高齢者地域包括ケア推進課 在宅支援係

電話：03 - 3880 - 5257（直通）

鼓 膜 所 見	聴力レベル（会話音域の平均聴力レベル4分法）				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;">右耳</td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;">左耳</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">dB</td> <td style="text-align: center; border: none;">dB</td> </tr> </table> <p>【両耳とも70dB以上の場合のみ】 身体障害者手帳に該当しない理由(本人都合を除く)</p>	右耳	左耳	dB	dB
右耳	左耳				
dB	dB				