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	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名		生年月日	年　月　日
	住　所	電話番号　（　） 足立区		

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、オージ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

※検査の結果、両耳の聴力レベルがそれぞれ４０dB以上で、聴覚障がいの身体障害者手帳に該当しない中等度難聴の方を基準としています。

※基準のdBに該当していないが中等度難聴相当と認めると判断された場合、もしくは聴覚障がいの身体障害者手帳の等級に該当するdBではあるが身体障害者手帳取得には該当しないと判断された場合は、裏面の【特記事項】欄も記入してください。

令和　　年　　月　　日

標準純音聴力検査の４分法（裏面貼付のオージオグラム）及び鼓膜所見・特記事項のとおり、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。

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　　（　　）

R8.11.1

裏面　　検査実施日　令和　　年　　月　　日

【オージオグラム貼付欄】

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。

対象者が補聴器を購入する前に費用助成の決定が必要となるため、耳鼻咽喉科専門医（日本耳鼻咽喉科学会認定）様から基準を満たす証明書の提出をお願いしております。

表面の【医師の意見欄】へ医療機関名などの記載、裏面の上部にオージオグラムの結果を貼付していただき、下部の鼓膜所見や聴力レベル等の欄をご記入いただきますようお願いいたします。

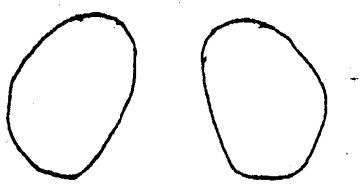
専門医による記載内容とオージオグラムを確認した上で費用助成の可否を決定いたしますので、中等度難聴の基準のdBに達していない等でも中等度難聴相当と認めると判断された場合には、下記の【特記事項】欄に記載をお願いいたします。

なお、記載内容について、区から問い合わせさせていただく場合があります。

＜検査の結果、聴覚障がいの身体障害者手帳の等級に該当する場合＞

※ 聴力レベルが聴覚障がいの身体障害者手帳の等級に該当する場合は、表面の医師の意見欄に記載せず、区の障がい援護課各援護係に障害者手帳取得の相談をするよう、ご案内ください。

高齢者補聴器購入費用助成事業についての問合せ先
足立区役所　高齢福祉課　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）**
	右耳　　dB　　左耳　　dB

【 特 記 事 項 】

1　中等度難聴の基準のdBに達していないが、以下の理由により中等度難聴相当と判断する。

【理由欄】

2　聴覚障がいの身体障害者手帳等級のdBに該当するが、以下の理由により身体障害者手帳の取得には該当しないと判断する。 ※ 本人都合を除く。

【理由欄】

R8.11.1