第１号様式(第２条、第５条関係)

【区処理欄】(記入不要)

受領日	受付番号

世田谷区高齢者補聴器購入費助成申請書

世田谷区長　あて

次のとおり、世田谷区高齢者補聴器購入費助成を申請します。また、次のことに同意します。

1　区が資格要件確認のために住民記録情報・介護保険料情報等の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。
3　区が本事業を円滑に運営するために実施する事務支援事業の受託事業者が上記１、２に係る個人情報を取り扱うこと。

		申請日　　年　　月　　日		
申請者（利用者）	フリガナ		生年月日	年　月　日(　)歳
	氏　名			
	住　所	〒　－ 世田谷区		
	電話番号	(　)		
確認事項	●次の要件を全て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。			
	□　申請日の前年度に住民税が非課税である者 ※住民税の課税状況は、原則、世田谷区の介護保険料額の段階にて判定します。			
	□　聴覚障害による身体障害者手帳は保有していない。			
	□　公益財団法人テクノエイド協会が認定する認定補聴器技能者が在籍する補聴器の販売店で見積書を作成し、同封している。 ※区による助成決定後に購入する補聴器本体（管理医療機器）が本事業の対象となります。			
	□　過去５年以内に助成を受けていない者			

※審査の結果、要件を満たさないことが判明した場合は助成の対象となりません。
※受診料や証明書料等については、助成の対象の可否に関わらず、区の補助はありません。

●通知書等送付先（**申請者以外**を希望する場合）

フリガナ		続柄
氏　名		
住　所	〒　－	
電話番号	(　)	

〔必要書類〕
□世田谷区高齢者補聴器購入費助成申請書（本紙）
□補聴器見積書（補聴器販売店で相談・試聴のうえ、見積書を取得してください）

●以下、医療機関の方がご記入ください。

医師意見欄

※耳鼻咽喉科を標榜する医師の記入に限ります。

オージオグラム検査の結果、両耳又は一側耳の聴力レベルが４０dB 以上であり、補聴器の装用が有効であると認めます。

※上記に該当しないが、補聴器の装用が必要と認める場合は、以下に理由を記載してください。
【理由：　　】

※聴覚障害に係る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。
※オージオグラムの検査結果を記入・貼付してください。

記入日　　年　　月　　日（医師意見欄は以下記入日から６か月有効）

医療機関所在地

医療機関名・電話番号

医　師　名

オージオグラムの検査結果
記入・貼付欄

	右耳	左耳
聴力レベル	ｄＢ	ｄＢ

※オージオグラムの聴力検査の結果の聴力レベルの記入をお願いします。

・検査の結果、補聴器が不要と判断された場合、記入は不要です。
（証明不要のため、料金を徴収しないようお願いします）