

文京区高齢者補聴器購入費用助成事業交付申請書兼意見書

年 月 日

文 京 区 長 殿

下記のとおり、高齢者補聴器購入費用助成金の交付を申請します。

記

本人

住 所	〒 文京区 丁目 番 号		
フリガナ		電 話	— —
氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)

代理人 ※ 家族の方等が申請を行う場合はご記入ください。

住 所	〒		
フリガナ		電 話	— —
氏 名		本人との関係	
☐ 代理人宛に書類送付を希望する場合はチェックを入れてください			

下記の内容をご確認の上、✓を入れてください

障害者手帳	☐ 聴覚障害による身体障害者手帳の交付を受けていません。
-------	---

下記の内容のいずれか該当する項目に✓を入れてください

過去の交付実績	☐ 本助成金の申請は初めてである。
	☐ 過去5年以内に本助成金の交付決定を受けていない。
	☐ 過去5年以内に本助成金の交付決定を受けたが、補聴器を購入せず本助成金の交付を受けなかった。

下記の内容に必ずご同意の上、✓を入れてください。

同意事項	☐ 偽りその他不正の手段により本助成金の交付を受けたときは、交付決定の取消しに同意します。
	☐ 交付決定に必要な範囲な場合において、身体障害者手帳の取得状況等を確認することに同意します。

※オモテ面は全て申請者又は代理人が記載してください。
ウラ面は全て耳鼻咽喉科医が記載してください。

医師の意見書(文京区高齢者補聴器購入費用助成事業用)

医師記載欄	氏 名			
	住 所	文京区		
	生年月日	年	月	日
	聴覚機能の状態			
	理由			
医師記載欄	【対象以下のいずれかにチェックをお願いします。 □ 4分法にて両耳とも中程度以上の難聴(40dB以上) □ 両耳又は片耳の聴力が40dB未満だが補聴器が必要 ※理由を記載してください。			
	【オーディオグラム】検査結果書類の添付をお願いします。			
医師記載欄	医師の意見欄			
	上記の者は、補聴器が <u>必要</u> であると認めます。			
	年 月 日			
	所在地			
	医療機関			
医師記載欄	名 称			
	診 療 科	耳鼻咽喉科		
	医師氏名	印		
	電話番号			

※ 小石川医師会及び文京区医師会所属の耳鼻咽喉科での意見書作成料は1,500円(消費税込)で
お願い申し上げます。