様式第１号（第４条関係）

年　　　　月　　　　日

みやこ町長　様

**みやこ町高齢者補聴器購入費助成申請書**

次のとおりみやこ町高齢者補聴器購入費助成を申請します。

なお、本人及び世帯員の個人情報について、助成の決定に必要な確認事項は、町が保有する情報により確

認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　所 | みやこ町    （アパート名など） | | | |
| フリガナ |  | 電話番号 |  | |
| 氏　名 |  | 生年月日  年　　齢 | 年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　　　　　　　歳 | |
| 対象要件 | 聴覚障害者手帳の有無　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　な　し　　　　□　あ　り | | | |
| 町民税や使用料等の滞納確認に対する同意 　　　　□　な　し　　　　□　あ　り | | | |
| 記入者  （申請者と　異なる場合） | 氏　名 |  | 申請者との関係 | |  |
| 住　所 |  | 電話番号 | | |

**＜注意＞「医師の意見書」記載に係る費用は、申請者の自己負担です。**

|  |
| --- |
| **医　師　の　意　見　欄**  【　対　象　者　】  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日生（　　　　　歳　）    　上記の方は、日常生活を送るために補聴器が必要であると認めます。  オージオグラム検査の結果、４分法により中程度難聴（40㏈以上70㏈未満）を認めます。  ただし、40㏈未満でも補聴器が必要と判断した理由は、以下のとおりです。  　理由：  年　　　　月　　　　日  　　　医療機関　　　所在地  　　　　　　　　　　　　名称  　　　　　　　　　　　　診療科　　　　　耳鼻咽喉科  　　　　　　　　　　　　医師氏名  　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　（　　　　　　　） |

※オージオグラム（純音聴力検査表）（医師の意見欄記入日前３か月以内のもの）の添付をお願いします。