

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   | みやこ町勝山上田960番地<br>(アパート名など) |  |                       |
|                    | フリガナ | ミヤコ タロウ                    | 電話番号   | ※連絡がしやすい電話番号を記載してください |
|                    | 氏名   | みやこ 太郎                     | 生年月日<br>年齢   | 昭和20年 4月 4日<br>77 歳   |
|                    | 対象要件 | 聴覚障害者手帳の有無                 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |                       |
|                    |      | 町民税や使用料等の滞納確認に対する同意        | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |                       |
| 記入者<br>(申請者と異なる場合) | 氏名   | ※申請者以外が記入する場合は記載をお願いします。   | 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。

|   |   |
|---|---|
| <b>医師の意見欄</b>   |   |
| <b>【対象者】</b>  |   |
| 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。<br>オージオグラム検査の結果、4分法により中程度難聴(40 dB以上 70 dB未満)を認めます。<br>ただし、40 dB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。<br>理由: _____<br>_____ 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。