

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 (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 年齢	昭和20年 4月 4日 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 (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。

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。 オーディ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。 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。 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 _____ (_____)

※オーディオグラム(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。