

府中市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

府中市長

記入例

令和●●年 ●●月 ●●日

府中市高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたく、次のとおり申請します。

また、申請に当たって、対象要件の該当状況を確認するため、市が次の内容を公簿等により確認することに同意します。

- 前年の合計所得金額（本年1月1日時点で府中市に住民登録をしていた方のみ）
- 身体障害者手帳の取得状況

対象要件 確認 ※該当する ものに <input checked="" type="checkbox"/>	満65歳以上で府中市に住民票があり実際に市内に居住しており、かつ、 <u>以下の全ての要件を満たす場合に対象となります。</u> <input checked="" type="checkbox"/> 前年の合計所得金額が210万円未満である <input checked="" type="checkbox"/> 聴力が両耳とも40dB以上又は片耳が70dB以上である <input checked="" type="checkbox"/> 聴覚障害による補聴器（補装具購入費）の交付を受けている <input checked="" type="checkbox"/> この助成金の交付を過去5年以内に受けていない
--	--

該当するものにを入れてください。全てにがつかない場合は申請できません。

申請者 (補聴器を使用する方)	ふりがな	ふちゅう たろう		
	氏名	府中 太郎		
	住所	府中市 宮西町2-24		
	生年月日	(西暦) 19●●年 ●月 ●日	電話	090-1234-XXXX
連絡先 ※申請者本人の場合不要	氏名	府中 花子		申請者との続柄 (子)
	住所	〇〇市△△町1-2-		
	電話	090-1234-XX		

連絡先は申請者以外の方が代理で手続きをする場合にご記入ください。

【申請者の方へ】

申請前に耳鼻咽喉科を受診し、裏面の医師意見書の記入を受けてください。なお、意見書の作成には、受診費用と文書作成料（府中市医師会所属の耳鼻咽喉科は1,000円）が必要です。助成金の交付が受けられなかった場合でも、返還は受けられませんので、あらかじめご了承ください。

裏面は耳鼻咽喉科の医師に記入を依頼してください。

(市記入欄)

受付日	月	日
補装具確認日	月	日

(裏面に続く)

医師意見書

<p>医師の意見欄 ※耳鼻咽喉科医</p>	<p>【対象要件】 4分法で両耳とも40dB以上又は片耳70dB以上の方</p> <p>次の補聴器の (<input type="checkbox"/>右耳の 年 医 医 師 名</p> <div data-bbox="667 282 1203 622" style="border: 2px solid red; padding: 5px;"><p>この欄は耳鼻咽喉科医が記入 しますので、申請者は記入 不要です。</p></div>
---------------------------	---

【検査結果貼付欄】 ※検査実施から3か月以内のもの

<div data-bbox="367 1122 1224 1507" style="border: 1px solid gray; padding: 20px;"><p>検査結果（写し可）をこちらに貼り付けてください。 検査結果の用紙がこの欄におさまらない場合は、貼 らずに別紙としてご提出ください。</p></div>

【医療機関の方へ】

府中市高齢者補聴器購入費助成金の交付申請を希望する方が本用紙を持参した際は、必要な聴力検査を実施の上、医師の意見欄を記入するとともに、検査結果（写し可）を添付してお渡ししてください。なお、その際、府中市医師会所属の耳鼻咽喉科については、府中市医師会との取り決めに基づき、文書作成料は1,000円としてください。

※ 診察及び検査の結果、表面に記載した対象要件に該当しない場合、障害者総合支援法に基づく補聴器購入費の支給の対象となる場合、補聴器が不要と判断された場合は、医師の意見欄への記入等は不要です。