第１号様式（第５条）

府中市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年　　　月　　　日

府中市長

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☑ | 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、以下の全ての要件を満たす場合に対象となります。□前年の合計所得金額が２１０万円未満であること。□聴力が両耳とも４０ｄＢ以上又は片耳が７０ｄＢ以上であること。□聴覚障害による補聴器（補装具購入費）の支給を受けられないこと。□この助成金の交付を過去５年以内に受けていないこと。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （補聴器を使用する方）申　請　者 | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 府中市 |
| 生年月日 | （西暦）年　　 月　　 日 | 電話 | －　　　－　　　 |
| ※申請者本人の場合不要連　絡　先 | 氏　名 | 申請者との続柄（　　　　　） |
| 住　所 |  |
| 電　話 | －　　　　－ |

【申請者の方へ】

|  |  |
| --- | --- |
| （市記入欄） |  |
| 受付日 | 月　　日 |
| 補装具確認日 | 月　　日 |

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。

（裏面に続く）

医師意見書

|  |  |
| --- | --- |
| **医師の意見欄****※耳鼻咽喉科医** | 【対象要件】４分法で**両耳とも４０ｄＢ以上**又は**片耳７０ｄＢ以上**の方次の補聴器の装用が必要であることを認めます。（　□右耳のみ　□左耳のみ　□両耳　） 　　　　年　　月　　日 医療機関名 医　師　名 |

【検査結果貼付欄】　※検査実施から３か月以内のもの

|  |
| --- |
| **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。** |

【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。