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。

〇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）

〇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いて、次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）の助成を受けていないこと。 □この助成金の交付を過去５年以内に受けていないこと。

申請者（補聴器を使用する方）	ふりがな			
	氏　名			
	住　所	府中市		
	生年月日	年　　月　　日	電話	ー　　ー
連絡先（※申請者本人の場合不要）	氏　名	申請者との続柄（　　）		
	住　所			
	電　話	ー　　ー		

【申請者の方へ】

申請前に耳鼻咽喉科を受診し、（別紙）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一律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。

（市記入欄）

受付日	月　　日
補装具確認日	月　　日

第２号様式（第５条）

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　） 対象要件と補聴器の装用を必要とする部位が異なる理由 （該当する場合のみ） □聞こえが良い方の耳での装用が望ましいと判断したため □本人（又は家族）が両耳での補聴器購入が困難であることを申し出たため □４分法Ａでは片耳のみだが、４分法Ｂで検査した結果、両耳での装用が必要とされるため （右耳：　　ｄＢ　左耳：　　ｄＢ　※４分法Ｂ） □その他（　　） 年　　月　　日 医療機関名 医　師　名

【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。検査実施から３か月以内のもの）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、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。