

様式第 1 (第 5 条関係)

岩倉市難聴高齢者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者 住所
氏名
電話

下記のとおり、岩倉市難聴高齢者補聴器費購入費助成を申請します。
申請の審査のため必要な住民登録資料、税関係資料その他資料について、
閲覧し、又は各関係機関に調査し、若しくは照会することを承諾します。

記

助 成 対 象 者	住所	〒 岩倉市
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)

添付書類

- 岩倉市難聴高齢者補聴器購入費助成に係る意見書 (様式第 2)
- 補聴器等の見積書
- 世帯構成員全員の市民税が確認できる書類 (市で確認できない場合に限る。)

様式第2（第5条関係）

岩倉市難聴高齢者補聴器購入費助成に係る意見書

助成 対象者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
難聴の原因 となった 疾病・外傷名				
経過と現在の 状況				
現在の聴力 レベル	右	デシベル	左	デシベル
	検査日	年 月 日		
補聴器の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 （ <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 ） <input type="checkbox"/> 不要			
処方における 特記事項	上記補聴器の必要性において、左右ともに必要とした場合、装用効果の高い右耳、左耳どちらかに <input type="checkbox"/> にレ点をお願いします。 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳			
その他参考と なる意見				
助成対象要件 の確認	※該当する場合は <input type="checkbox"/> にレ点をお願いします。 <input type="checkbox"/> 上記の者は聴覚障害による身体障害者手帳の交付対象外の聴力である。			
医師要件	※該当するものに <input type="checkbox"/> にレ点をお願いします。 <input type="checkbox"/> 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条第1項の都道府県知事の定める医師			
上記のとおり意見します。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 所在地 医療機関名 医師氏名 </div>				

※裏面の留意事項をご確認ください。

意見書記載に当たっての留意事項

- 1 意見書の記載は、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医又は身体障害者福祉法第15条第1項の都道府県知事の定める医師に限ります。
- 2 助成対象者は、医師が補聴器装用の必要性を認める65歳以上の高齢者のうち、両耳の聴力レベルが30デシベル以上70デシベル未満であって、身体障害者福祉法第15条第1項の身体障害者手帳（身体障害者福祉法別表第2号に規定する聴覚の障害に係るものに限る。）の交付の対象とならない人です。
- 3 聴力測定は純音オーディオメーター検査により、聴力レベルは会話音域の平均聴力レベルとし、周波数500、1,000、2,000ヘルツの純音に対する聴力レベル（デシベル値）をそれぞれa、b、cとした場合、次の算式により算定した数値としてください。

$$\frac{a+2b+c}{4}$$

- 4 「処方における特記事項」欄について、補聴器の型式など特記事項があればご記入ください。

様式第3（第6条関係）

第 号
年 月 日

岩倉市難聴高齢者補聴器購入費助成決定通知書

様

岩倉市長

印

年 月 日付けで申請のありました岩倉市難聴高齢者補聴器購入費助成について、下記のとおり、決定しましたので通知します。

記

1 対象者氏名

2 助成額 円

様式第4(第6条関係)

第 号
年 月 日

岩倉市難聴高齢者補聴器購入費助成申請却下通知書

様

岩倉市長

印

年 月 日付けで申請のありました岩倉市難聴高齢者補聴器購入費助成について、下記の理由により却下しましたので通知します。

記

理由

様式第5（第7条関係）

年 月 日

岩倉市難聴高齢者補聴器購入費助成請求書

岩倉市長 様

助成決定者

住所

氏名

岩倉市難聴高齢者補聴器購入費助成金について下記のとおり請求します。

記

1 請求額 円

2 振込口座

金融機関名	
支店名	
口座種別	普通 ・ 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

(添付書類)

領収書の写し