

高槻市高齢者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

（宛先）高槻市長

提出者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____
対象者との関係（ ）

高齢者補聴器購入費助成金の支給可否を決定するにあたり、私の住民登録及び身体障がい者手帳に関する情報について、高槻市が確認することに同意し、次のとおり申請します。

申請者（対象者）※提出者と同じ場合は氏名・住所・電話番号は記入不要

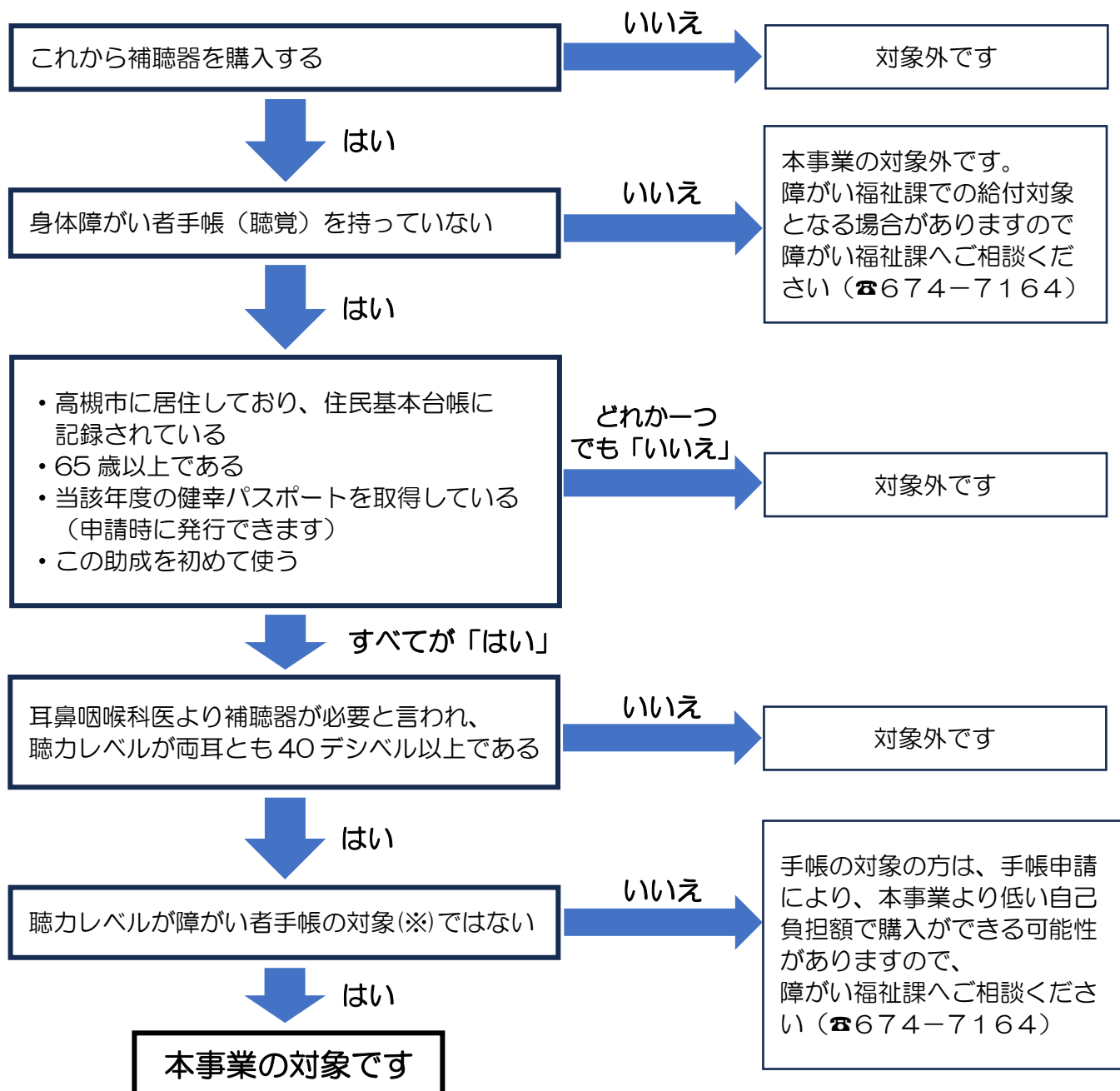
(ふりがな)			生 年	年 月 日
氏 名			月 日	
住 所	高槻市			
電 話 番 号				
対 象 要 件 の 確 認	↓ 該当項目（□）にチェックを付けてください。（すべてにチェックがつく方が対象）			
	☐	当該年度の健幸パスポートを取得し、市主催の認知症予防・介護予防事業へ参加する意思がある。		
	☐	身体障がい者手帳(聴力障がい)を取得又は申請中でない。		
	☐	この事業による助成を過去に受けたことがない。		
	☐	補聴器の購入前である。		
	☐	裏面のフローチャートに基づいて本事業の対象要件であることを確認した。		

<添付書類> 認定補聴器専門店又は認定補聴器技能者が作成した補聴器の見積書（※）の写し
（※）対象者氏名、品名、品番、金額の記載があること

↓医師の記入後、<添付書類>を添えて「3か月以内」に申請してください。

【医師の記入欄】 ※耳鼻咽喉科医が記入（診断書・意見書の添付でも可）

対 象 者 氏 名			
聴 力 等 の 要 件 確 認	↓該当項目（□）にチェック（☑）を付けてください。		
	☐	両耳の聴力レベルがそれぞれ40デシベル以上（中等度）の難聴である。	
	☐	補聴器の装用が必要。【→ ☐ 右耳、 ☐ 左耳、 ☐ 両耳】	
記 入 医 師	記入日： 年 月 日		
	医療機関名： 所在地： 電話番号： 医師氏名： 印 （※署名の場合は押印不要）		



(※)障がい者手帳（聴覚障がい）対象要件〈要件が不明な場合は医師にご確認下さい〉

- ①両耳の聴力レベル 70 デシベル以上
- ②一側耳の聴力レベル 90 デシベル以上、他側耳の聴力レベル 50 デシベル以上
- ③両耳による普通話声の最良の語音明瞭度 50 パーセント以下

【市記入欄】

受付日	提出書類
	☐ 高齢者補聴器購入費助成申請書（医師記入欄の記入日が3か月以内） ☐ 補聴器の見積書（認定補聴器専門店又は認定補聴器技能者が作成したもの） ☐ 診断書もしくは意見書（※医師記入欄がない場合のみ）
	健幸パスポート（No ）
	☐ 新規発行 ☐ 発行済み