

高齢者補聴器購入費助成申請書

江戸川区長 殿

補聴器購入費の助成を受けたいので、江戸川区高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

また、申請に当たり、次のことに同意します。

- 1 私の個人情報について、助成の決定に必要な範囲内において、区の関係部課が保有する情報により確認すること。
- 2 補聴器の購入に係る情報を事業者等に確認すること。

申請者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所	江戸川区 電話番号				
記入者 (申請者と異なる場合)	氏名		続柄			
	住所	電話番号				

【助成対象外】

- ・障害者総合支援法に基づく補装具(補聴器)支給を受けられる方
- ・申請日の属する年度(4/1~6/30までの間は前年度)において区民税所得割額が46万円以上の方
- ・過去にこの助成を受けた方で5年を経過していない方

医師(耳鼻咽喉科医)の証明書

対象者氏名 _____

※本事業は原則、障害者手帳に該当しない中等度難聴の方を対象としています。
高度難聴以上の方には障害者手帳のご案内をしたうえで証明書の記入をお願いします。

四分法による平均聴力について、以下のいずれかの□にチェックをお願いします。

- 【対象聴力】 40dB以上70dB未満の中等度難聴
- 上記には該当しないが補聴器が必要(以下に理由を記載)

理由

【検査結果】オージオグラム(3か月以内のもの)を添付

上記の者は、聴力低下のため補聴器が必要と認めます。 _____年____月____日

医療機関 所在地 _____
 名称 _____
 【自署】医師名 _____
 電話番号 () _____

《以下は記入しないでください。》

受付日・場所	受付者	備考欄	障害手帳
			聴覚 有・無

添付書類【オージオグラム、住民税証明(基準日に江戸川区内に居住していなかった方のみ)】

審査結果	新規・再申請・却下 (前回 . . .)	区分	課税・非課税	決定日	
------	--------------------------	----	--------	-----	--