

## 熟年者補聴器購入資金助成申請書

江戸川区長 殿

補聴器購入資金の助成を受けたいので、江戸川区熟年者補聴器購入資金助成事業実施要綱第4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。

- 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。
- 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		
	対象要件 (注)	聴覚障害による身体障害者手帳の所持状況 有 ・ 無 住民税(特別区民税又は市町村民税)課税状況 課税 ・ 非課税		
記入者 (申請者と異なる場合)	氏名		続柄	
	住所	電話番号		

注 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は対象外となります。また、申請日の属する年度(4/1から6/30までの間は前年度)において、住民税が課税されている方は対象外となります。

## 医師（耳鼻咽喉科医）の証明書

令和 年 月 日

対象者氏名 \_\_\_\_\_

四分法にて、該当する聴力にチェックしてください。

- 【対象聴力】  両耳ともに 40 d B 以上 70 d B 未満  
 両耳又は片耳が 40 d B 未満だが補聴器が必要（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。

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	受付者	備考欄	審査結果	審査決定日
			・承認 ・却下	

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）】