

練馬区高齢者聞こえのコミュニケーション支援事業補聴器購入費用助成金申請書

練馬区長殿

練馬区高齢者聞こえのコミュニケーション支援事業補聴器購入費用助成金の交付を申請します。申請に当たり、つぎのことに同意します。

- 1 区が助成の要件を審査するため、私の住民税課税状況、生活保護受給状況および身体障害者手帳（聴覚障害）取得状況等を確認（調査）すること。
- 2 補聴器の購入に係る情報を事業者等に確認（調査）すること。

【申請者（補聴器利用者）】

フリガナ		電話番号	
氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒		
対象要件	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（聴覚障害）を取得（予定を含む）していない <input type="checkbox"/> 練馬区で過去5年間に同事業の助成を受けたことがない		
通知書送付先（申請者以外を希望する場合）			
フリガナ	申請者との関係		
氏名			
〒	住所		
住所	電話		

耳鼻咽喉科医師の意見欄

高度難聴以上（両耳の聴力レベルが70 dB以上または一側耳の聴力レベルが90 dB以上、他側耳のレベルが50 dB以上）の身体障害者手帳の対象となる方には、意見書は作成せず、住所を管轄する総合福祉事務所障害者支援係をご案内ください。

1 オーディオグラム検査の結果による、4分法による聴力レベル

	右	左
聴力レベル	dB	dB
難聴の種類	<input type="checkbox"/> 伝音性 <input type="checkbox"/> 感音性 <input type="checkbox"/> 混合性	<input type="checkbox"/> 伝音性 <input type="checkbox"/> 感音性 <input type="checkbox"/> 混合性

※オーディオグラムの検査結果を裏面に添付してください。

2 補聴器の必要性 必要である 必要でない

※4分法により両側中等度難聴（40 dB以上70 dB未満）を基準としています。

※40 dB未満でも補聴器が必要な場合は、下記に理由を記載してください。

理由 _____

3 補聴器を装用する耳 右が効果的 左が効果的 両耳が効果的

年 月 日 医療機関名
所在地
電話番号
医師名

【オーディオグラム検査結果貼付欄】