

武蔵野市高齢者補聴器購入費補助金申請書兼医師意見書

武蔵野市高齢者補聴器購入費補助金交付要綱第7条の規定により、下記の内容に同意し、申請します。

記

- ・武蔵野市が、申請者の資格要件を確認するため申請者に関する住民基本台帳上の情報を閲覧すること。
- ・武蔵野市が、補助金を活用する補聴器の購入に関する情報を補聴器の販売店等に確認すること。
- ・武蔵野市が、本事業に関するアンケートの送付を目的に個人情報を利用すること。

【申請者（補聴器利用者）記入欄】

フリガナ		電話番号	
氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	武蔵野市		
確認事項	下記の内容をご確認の上、□の欄に✓をお願いします。 □武蔵野市で高齢者補聴器購入費補助を過去5年度以内に受けている場合は、補助対象外となります。 □交付決定通知より前に補聴器を購入した場合は、補助対象外となります。		

【添付書類】

- 補聴器見積書（写し可）（認定補聴器技能者が在籍する販売店で取得すること。）
- 医師意見書（下記の医師意見欄を補聴器相談医が在籍する医療機関で作成を受けること。）

【補聴器相談医が在籍する医療機関の皆様へ】

- ・必要な聴力検査を実施のうえ、本用紙に検査結果を記入してください。
- ・診察及び聴力検査の結果、障害者総合支援法に基づく補装具としての補聴器の支給の対象となる場合又は補聴器が不要と判断された場合は、以下の太枠内のご記入は不要です(高齢者補聴器購入費補助金の意見書作成料は、徴収しないようお願いします。)。
- ・ご不明点は、武蔵野市高齢者支援課相談支援係(電話番号 0422-60-1846)にご連絡ください。

医師意見欄	【聴力検査結果】			右耳	左耳
	聴力レベル(四分法)				
		聴力レベル		dB	dB
	☐ 聴力検査の結果、 <u>両耳とも平均聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満である。</u>				
	☐ 聴力検査の結果、上記の基準に当てはまらないが補聴器装用の必要がある（以下に理由を記載）。				
	理由	理由			
	上記の者は、補聴器が必要であると認めます。				
	医療機関名・医師名				
	所在地				
	電話番号				
※作成日から6か月有効					