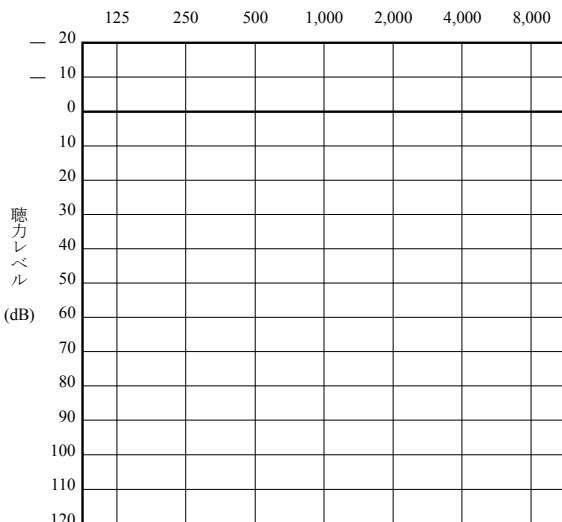
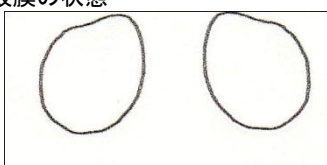


難聴児補聴器購入費助成金交付申請書						
申請日 平成 年 月 日						
雫石町長 様						
(申請者)						
住 所						
氏 名						
印						
対象者との続柄 ()						
電 話						
下記のとおり補聴器購入費の交付を申請します。						
購入費の支給申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。						
対象者	住 所					
	フリガナ 氏 名					
	生年月日	年 月 日	性別		電話	
購 入 を 希 望 する補聴器の種類						
購 入 を 希 望 す る 業 者 名	名称					
	所在地					
	電話					
身体障害者手帳 の申請の有・無		有・無 ※障害者自立支援法等に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めています。				
最近 5 年間の 補聴器の購入 状 況		右（有・無）平成 年 月 日購入 左（有・無）平成 年 月 日購入 ☐ 難聴児補聴器購入費助成事業による交付 ☐ 障害者自立支援法に基づく補聴器の支給 ☐ その他				
備 考						

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書					
氏 名			男・女	年 月 日生（ 歳）	
住 所					
障害名					
聴力レベル （四分法）	右 左	dB dB	オーディオグラム〔聴力検査（CORを含む）〕 オーディオメーターの形式 検査日 年 月 日		
補聴器の種類 （処 方）	1. 補聴器の種類 ☐ ポケット型 ☐ 耳かけ型 ☐ 軽度難聴用（右・左） ☐ 中等度難聴用（右・左） ☐ 高度難聴用（右・左） ☐ 重度難聴用（右・左） ☐ 耳あな型 ☐ レディメイド ☐ オーダーメイド ☐ イヤモールド（要・否） ☐ 骨導式 ☐ ポケット型 ☐ 眼鏡型 ☐ その他（ ） ☐ 平面レンズ（要・否） （右・左）				
	2. 補聴器装用による補聴効果 良 ・ 可 ・ 効果なし				
現在までの障害の状況（治療の内容、期間、経過）・意見をご記入下さい。			鼓膜の状態 		
1. 意見書の記載は障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定医療機関の医師又は身体障害者福祉法第15条第1項の知事が定める医師に限る。 2. 難聴児用の補聴器は、装用効果の高い側の耳に片耳装用を原則とし、教育・生活等において真に必要と認めた場合は両耳装用とし2台とすることができる。 3. 対象は、両耳の聴力レベルが30dB以上70dB未満で、身体障害者手帳の交付の対象としないこと。 4. 障害者自立支援法に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱うこととする。					
上記の通り補聴器装用の必要を認める。 平成 年 月 日 所在地 医療機関名 医師名 印					