

# 葛飾区高齢者補聴器購入費助成金事前承認申請書

令和 年 月 日

葛飾区長 宛て

葛飾区高齢者補聴器購入費助成金の事前承認を申請します。

- ・申請にあたって、区が資格要件の確認のため、住民記録情報・住民税情報等、区が保有する個人情報を確認することに同意します。
- ・また申請者に係る情報等について、必要に応じて医療機関又は補聴器販売店から情報提供を受けることに同意します。

【申請者の方へ】

- ・この助成金は、聴力レベルが中等度難聴（40dB以上70dB未満）又は、耳鼻咽喉科医が補聴器装用の必要性を認めることその他、次の確認事項欄の要件を満たす必要があります。
- ・要件を確認後、耳鼻咽喉科を受診し、「医師の意見欄」の記入を受けてください。
- ・「医師の意見欄」の記入には、受診費用とは別に、文書作成料等が必要な場合があります。
- ・受診後、検査結果等の要件により、助成金の交付が受けられなかった場合でも、受診費用等の返還は受けられません。

要件確認		以下の内容を確認の上、□に✓をお願いします。 <input type="checkbox"/> 申請日の時点で65歳以上で、葛飾区の住民基本台帳に登録されている。 <input type="checkbox"/> 聴覚障害による身体障害者手帳を取得しておらず、取得の予定もない。 <input type="checkbox"/> 本事業(旧制度による補聴器購入助成を含む。)の助成を5年以内に受けていない。 <input type="checkbox"/> 申請する補聴器は購入前である。(交付決定前に購入した補聴器は助成対象外)(医療機器として認定されている製品に限ります。集音器などは対象外です。)		
申請者 (補聴器利用者)	住所	〒 葛飾区 丁目 番 号 電話番号 ( )		
	フリガナ	生年月日	大昭 年 月 日	
	氏名		( ) 歳	
助成金額 (上限額)	144,900円(住民税非課税者) / 72,450円(住民税課税者) ※補聴器購入額と比較して少ない方の額になります。 ※申請が4月～6月の場合は、前年度の住民税を参照します。			
添付書類	<input type="checkbox"/> 補聴器販売店の見積書(補聴器販売店で相談・試聴の上、見積書を取得願います)			
助成金 受領方法	<input type="checkbox"/> 代理受領(助成額を差し引いた額で購入し、助成金は区から補聴器販売店へ支払う) <input type="checkbox"/> 本人受領(代金を全額支払い、後日、助成金を区から申請者へ支払う)			

【問い合わせ・申請書提出先】

葛飾区役所 高齢者支援課 在宅サービス係 (区役所2階201窓口)  
 電話 03-5654-8299 (直通)

職員事務処理欄

令和 年 月 日		課長			係長			職員			受付年月日印		
上の申請について、認定・却下し、通知することといたしたい。													
個人番号	住民税	交付番号	通知書発行日		備考								
	非・課		年 月 日										

**医師意見欄**

申請者は、耳鏡検査及び聴力検査の結果、補聴器の装用が必要であると認められます。

【該当する口に  をお願いします】

1. 両耳の聴力レベルが40dB以上70dB未満である。  
 （聴覚障害による身体障害者手帳交付の対象外である。）
2. 1には該当しないが、補聴器の装用が必要と認められる。※以下に理由を記載  
 【理由： \_\_\_\_\_】

医療機関名称：

年 月 日作成  
 ※作成日から6か月有効

住 所：

電話番号：

医 師 名：

聴力レベル（会話音域の平均聴力レベル4分法）

右耳  dB	左耳  dB
--------------	--------------

【オーディオグラム貼付欄】

- ・オーディオグラム4分法による聴力検査を実施の上、聴力検査の結果の記入及び検査結果を貼付(コピー可)してください。検査の結果、補聴器が不要と判断された場合、「医師の意見欄」は、記入不要となります。
- ・また、検査の結果、聴力レベルが身体障害者手帳の障害程度等級（聴覚）に該当する方（両耳とも70dB以上、または片方の耳の聴力レベルが90dB以上で、もう片方が50dB以上）は、身体障害者手帳の取得ができます。手帳を取得し、補装具としての補聴器購入費の支給を希望される場合は、「医師の意見欄」には証明せず、障害福祉課へ手帳の申請について相談するようご案内いただきますようお願い申し上げます。
- ・不明な点は、高齢者支援課在宅サービス係(03-5654-8299)までお問い合わせください。