様式第１号（第５条関係）

**提出日**

**【記入例】**

　　年　　月　　日

益田市長　　　様

住　　所

**補聴器を使う本人**

申請者　　氏　　名

電話番号

益田市高齢者補聴器購入費助成申請書

　補聴器の購入に係る助成を受けたいので、益田市高齢者補聴器購入費助成事業要綱第５条第１項の規定により、次のとおり申請します。

　なお、申請に当たり、市が次の事項を調査することに同意します。

　　(1)　介護保険料の段階区分

　　(2)　身体障害者手帳の取得状況及び補聴器支給の有無

**☑してください**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　　名 | **補聴器を使う本人** | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | | |
| 対象要件 | □ 介護保険料の段階区分が第１～５段階である。  □ 聴覚障害による身体障害者手帳を所持していない。  （両方に該当する方が交付対象になります。） | | |
| 購入予定の  販売事業者 | |  | | |

**耳鼻咽喉科を受診し、**

**医師に記入してもらってください**

|  |
| --- |
| 医師の意見欄 |
| 上記の方の両耳の聴力レベルは、右（　　　　ｄＢ）・左（　　　　ｄＢ）であるため、補聴器の使用が必要であると認めます。  **両耳の聴力レベルの平均が**  **40dB以上70dB未満が対象要件です**  　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地  　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　担当医師氏名 |

**申請書を提出したら･･･**

**＊後日、郵送で決定通知書を送付します。**

**＊決定通知書が届いたら決定通知書を持参し、補聴器販売業者で補聴器を**

**購入してください。（決定日より前に購入した補聴器は助成対象外です。）**