

川越市高齢者補聴器購入費補助事業申請書

年 月 日

(提出先)
川 越 市 長

川越市高齢者補聴器購入費補助金の交付を受けたいので次のとおり申請します。

【申請者（補聴器利用者）】

フリガナ		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 (歳)
氏 名		(年齢)	
住 所	〒350ー 川越市 電話番号 ()		

※ 聴覚障害による障害者手帳交付の対象となる方は、本事業の対象外です。

【市窓口届出者】※申請者（補聴器利用者）以外の方は記入してください。

フリガナ		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 平成 (歳)
氏 名		(年齢)	
住 所	〒 ー 電話番号 ()		

【書類送付先】 ☐ 申請者（補聴器利用者）と同じ ☐ 市窓口届出者と同じ

医師の意見欄 ※耳鼻咽喉科医

対象聴力は4分法による。測定結果及び該当する聴力に☑してください。

聴力測定結果（左 dB）・（右 dB）

- ☐ 両耳とも中等度難聴（40 dB 以上 70 dB 未満）以上で、補聴器の装用が有用であると認められる。
- ☐ 一側耳が軽度難聴（25 dB 以上 40 dB 未満）であるが、他側耳が中等度難聴（40 dB 以上 70 dB 未満）以上で、補聴器の装用が有用であると認められる。

※ 聴覚障害による障害者手帳交付の対象となる方は、本事業の対象外です。

年 月 日 所在地
医療機関 名称・TEL ()
医師氏名

※ 署名又は記名押印をしてください。

同意事項

私は、この補助金の交付の可否を決定するにあたり、世帯全員の住民基本情報、市が保有する個人情報の利用及び販売店等に補聴器の購入に係る情報について、市が確認することに同意します。

【添付書類】 購入を予定している補聴器の見積書