

様式第 1 号（第 5 条関係）

神石高原町高齢者補聴器購入助成事業 申請書

神石高原町長 様

神石高原町高齢者補聴器購入助成事業要綱第 5 条に基づき、次のとおり助成金を受けたいので申請します。

申請日		年 月 日		
補聴器使用者	ふりがな 名前		生 年 月 日	大正・昭和
				年 月 日 () 歳
	住所	(〒 -) 神石高原町		
	連絡先	(電話) - -		
申請者 (補聴器使用者と異なる場合記入)	ふりがな 名前			
	住所	(〒 -)		
	連絡先	(電話) - -		
	補聴器使用者との続柄			
	補聴器使用者との居住状況		同居 ・ 別居	

※助成額は補聴器等購入費(税込)の 3 分の 2 (上限 30,000 円)

受付印

添付書類

☐意見書（様式第 2 号（第 5 条関係））

※診断後、6 か月以内のもの

☐補聴器等の購入見積書

※認定補聴器技能者がいる補聴器販売業者が作成したもの

☐聴覚障害による、身体障害者手帳の交付対象者ではないものである（確認者）

神石高原町高齢者補聴器購入助成事業 意見書

診断日		年 月 日		※医師意見欄は診断日から6か月有効	
補聴器等購入希望者	ふりがな 名前			生年月日	大正・昭和 年 月 日 () 歳
	住所	(〒 -) 神石高原町			
医師の意見		聴 力			
		右 (d B) 左 (d B) ※会話音域の平均聴力レベル			
		鼓膜の状態			
					
		(検査結果は、別紙添付でも可)			
		別紙 有 ☐ 無 ☐			
		オーディオグラム			
		250 500 1000 2000 4000 Hz			
		0			
		10			
		20			
		30			
		40			
		50			
		60			
		70			
		80			
		90			
		100			
		db			
		※気導・骨導聴力をご記入ください			
確認補助要件ク	確認事項				
	☐ 両耳の聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満である者、又は医療機関で補聴器相談医が、補聴器の使用が必要と認めた者である。 ※上記の聴力レベル範囲外だが、補聴器が必要と認める場合・理由 				
	☐ 聴覚障害による、身体障害者手帳の交付対象者ではないものである。				
診断医	〒 —				
	住所				
	病院名				
	連絡先電話番号 — — — — —				
診断医					

年 月 日

神石高原町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____

神石高原町高齢者補聴器購入助成事業 実績報告及び請求書

年 月 日付け神高 第 号で交付決定のあった神石高原町高齢者補聴器購入助成事業について、次のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

振込先

金融機関	金融機関名	銀行 農協 信用金庫 信用組合	支店名	本店 支店 出張所 支所			
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号				
ふりがな							
口座名義人							

- ・ 添付書類
- 補聴器等購入時の領収書及び内訳明細書