

中央区高齢者補聴器購入費用助成申請書

年 月 日

（宛先）中 央 区 長

中央区高齢者補聴器購入費用助成金の交付を申請します。
申請に当たり、私の所得に関する情報を公募等で確認することに同意します。

※所得に関する情報を公募等で確認することに同意しない場合、所得を証明する書類を提出してください。

申請者	住所	中央区
	電話番号	()
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日

医師の意見欄

<p>1 聴覚機能の支障の種類</p> <table border="1"><thead><tr><th>右</th><th>左</th></tr></thead><tbody><tr><td>伝音性難聴</td><td>伝音性難聴</td></tr><tr><td>感音性難聴</td><td>感音性難聴</td></tr><tr><td>混合性難聴</td><td>混合性難聴</td></tr></tbody></table> <p>2 補聴器の所見</p> <p>(1) 補聴器の必要性 (有 無) (片耳 両耳)</p> <p>(2) 補聴器の形式 標準型 (箱型 耳かけ型 耳穴型)</p> <p>(3) イヤモールド (有 無)</p> <p>(4) 使用効果の見込み</p>	右	左	伝音性難聴	伝音性難聴	感音性難聴	感音性難聴	混合性難聴	混合性難聴	<p>3 聴覚検査</p> <p>(1) 純音聴力検査 オーディオメーターの形式 ()</p> <p>(オーディオグラム添付 可)</p> <p>(2) 最良語音明瞭度検査</p> <table border="1"><tr><td>右</td><td>%</td></tr><tr><td>左</td><td>%</td></tr></table>	右	%	左	%
右	左												
伝音性難聴	伝音性難聴												
感音性難聴	感音性難聴												
混合性難聴	混合性難聴												
右	%												
左	%												
協力医療機関													
年 月 日													
医師名													

※この申請書は、医師の意見欄の記入日から3か月以内に、区へ提出してください。