

（申請先）茨木市長

提出者
 住 所 茨木市
 氏 名 _____
 生年月日 _____ 年 月 日（ 歳）
 電 話 （ ） 自宅・呼出

茨木市高齢者補聴器購入費補助申請書

茨木市高齢者補聴器購入費補助事業実施要綱第5の規定により申請します。

利 用 者 氏 名		
住 所	□提出者と同じ □その他（茨木市）	
生 年 月 日	□提出者と同じ □その他（ ）	
電 話 番 号	□提出者と同じ □その他（ ）	
対 象 要 件 の 確 認	↓該当項目に□チェックを付けてください。（全てにチェックが付く方が対象）	
	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科医師の診断で補聴器の装用が必要である。
	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳（聴覚障害）を取得又は申請中でない。
	<input type="checkbox"/>	この事業による補助を受けたことがない。
	<input type="checkbox"/>	補聴器の購入前である。

※ 添付書類

(1) 認定補聴器専門店または認定補聴器技能者が作成した補聴器の見積書（※）の写し

（※）利用者氏名、品名、品番、金額の記載があること。

同意書
<p>高齢者補聴器購入費補助金の支給可否決定に必要なときは、私の住民登録及び身体障害者手帳に関する情報について、茨木市長が住民基本台帳、身体障害者手帳に関する書類で確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">利用者氏名</p>

↓下の「医師記入欄」は耳鼻科医が記入。医師の記入後、茨木市高齢者補聴器購入費補助申請書（様式1号）と添付書類（※）を添えて「3か月以内」に申請してください。

【医師記入欄】耳鼻科医が記入（診断書・意見書の添付でも可）

対 象 者 氏 名		
聴力等の要件等	↓該当項目（□）にチェック☑を付けてください。	
	<input type="checkbox"/>	両耳の聴力レベルが40デシベル以上（中等度）の難聴
	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳（聴覚障害要件の以下①～③）のいずれも満たさない ①両耳の聴力レベル70デシベル以上 ②一側耳の聴力レベル90デシベル以上、他側耳の聴力レベル50デシベル以上 ③両耳による普通話声の最良の語音明瞭度50パーセント以下
	<input type="checkbox"/>	補聴器の装用が必要。【いずれかに✓→□右耳、□左耳、□両耳】
医師記入	記入日	年 月 日
	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	医師氏名	