

様式第 1 号（第 4 条関係）

幕別町中等度難聴者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

幕別町長 様

幕別町中等度難聴者補聴器購入費助成事業による助成を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり助成対象要件の確認のため、次の個人情報の閲覧及び確認をすることに同意します。

- (1) 住民基本台帳
- (2) 身体障害者手帳の交付状況

申請者 住 所	幕別町	電話 番号	
申請者 氏 名		生年 月 日	年 月 日

次の方はこの助成を受けることはできません。（片耳ごとに該当）

- (1) 身体障害者手帳の交付を受けている方（聴覚の障害に限ります。）
- (2) 過去 5 年間にこの事業による助成を受けている方

【振込先金融機関】※通帳の写しを添付してください。

銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 本所・店番	
預金種別	☐ 普 通 ☐ 当 座	口座番号	
口座名義人	(フリガナ)		

【耳鼻咽喉科専門医の意見欄】※医師の意見については、下記以外で確認できる書面によることもできます。

氏名 _____ は、中等度程度の難聴により補聴器を装用する 必要があると認めます。	
年 月 日	
所 在 地 医 療 機 関 名 称 医師氏名	印

※この申請書を持参された方（届出人）が申請者と異なる場合は次の事項もご記入ください。

届出人氏名 _____ 電話番号 _____

※購入日から 6 か月以内の補聴器本体及びその付属品購入の領収書の原本を添付してください。
（購入から 6 か月を超えるものや認定補聴器技能者が在籍しない販売店のものは無効です。）

聞こえとコミュニケーションのアンケート(申請時)

質問に該当する項目に○印、またはご記入をお願いします。

質問	回答
1 補聴器を使用していますか。	1.一度も使用したことがない 2.現在、使用している 3.以前に使用したことがある
2 会話をしているときに聞き返すことがよくありますか。	1.はい 2.いいえ
3 相手の言った内容を聞き取れなかったとき、推測で言葉を判断することがありますか。	1.はい 2.いいえ
4 電子レンジの「チン」という音や、ドアのチャイムの音が聞こえにくいと感じることがありますか。	1.はい 2.いいえ
5 家族にテレビやラジオの音量が大きいとよく言われますか。	1.はい 2.いいえ
6 大勢のいる場所や周りがうるさい中での会話は、聞きたい人の声が聴きづらいと感じますか。	1.はい 2.いいえ
7 週1回以上は外出していますか 過去1カ月の状態を平均してください	1.はい 2.いいえ
8 普段の活動について、あてはまるものすべてに○をつけてください	1.収入のある仕事をしている 2.ボランティアグループに入っている 3.趣味関係のグループに入っている 4.老人クラブに参加している 5.町内会行事に参加している 6.畑仕事をしている 7.近所付き合いをしている 8.家族と交流している 9.何も参加していない
9 今回の購入した補聴器の種類を選んでください。	1.耳あな型 2.耳かけ型 3.ポケット型 4.その他()

聞こえや補聴器について良かったことや困りごとを記入してください。

ご協力ありがとうございました。