

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	(〒089-) 幕別町	電話番号	
申請者氏名		生年月日	年 月 日
受診した耳鼻咽喉科医療機関名		補聴器の左右	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 (該当に☑)
補聴器を購入した補聴器販売店名		申請額	円

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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
口座名義人	(フリガナ)		

【添付書類】

- 様式第2号 幕別町中等度難聴者補聴器助成事業医師意見書
- 補聴器の領収書原本、補聴器の明細書の写し
- 振込先金融機関の通帳の写し

※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。)

※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 _____

聞こえとコミュニケーションのアンケート(申請時)

今回の新しい補聴器**購入前の状態**で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 補聴器の購入は初めてですか。	1.初めて購入する 2.現在使用しており、買い替える 3.過去に購入したことがある
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。