

戸田市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)

戸田市長

戸田市高齢者補聴器購入費助成金について以下のとおり申請します。

なお、助成対象者に関する情報について、市が公簿等により確認することに同意します。

申請者(補聴器利用者)

フリガナ		生年月日	年 月 日( 歳)
氏名		電話番号	
住所	戸田市		

決定通知が届くまでは、補聴器(集音器は対象外)を購入しないでください。

医師(耳鼻咽喉科医)の意見欄

患者氏名

【対象聴力】

確認のため、 にチェック( )してください。

聴力検査の結果(4分法による聴力レベル)

両耳ともに40dB以上

	右	左
聴力レベル	dB	dB

オージオグラムを裏面に添付してください。

身体障害者手帳の対象とならない

上記の者は、補聴器の使用が必要であると認めます。

年 月 日

[医療機関]

所在地

名称

医師氏名

電話番号

印

[市確認欄]

住民登録

65歳以上

障害者手帳(聴覚障害)の有無

支給の有無

(裏)

オーディオグラム貼付欄