別記第１号様式（第５条関係）（表面）　　年　　月　　日

渋谷区高齢者補聴器購入費助成 申請書 兼 医師意見書

渋谷区長 殿

次の事項に同意し、以下のとおり申請します。

＜同意事項＞

本申請の内容を確認するために、区が申請者の住民記録情報、住民税課税状況及び身体障害者手帳の取得状況を確認すること。

対象要件	以下の**全て**の要件を満たす場合に対象となります。（□印に✓を付けてください。） □ 住民税課税状況が非課税又は課税であるが合計所得金額が135万円以下である。 □ 聴覚障害による身体障害者手帳の対象でない。 □ 渋谷区で同事業の助成を５年以内に受けたことがない。 **⬆ 審査の結果、要件を満たさないことが判明した場合は助成の対象となりません。** **その場合でも、受診料や証明書料等の返金はできません。**

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日（　歳）
	氏名			
	住所	〒 渋谷区		
	電話番号			

※申請者と異なる場合は御記入ください

記入者	氏名		申請者との続柄	
	電話番号			

裏面に医師記入欄があります。

耳鼻咽喉科を受診し、記入を受けた上で、区に提出してください。

（医師の「記入日」から３か月以内のものに限ります。）

医師意見書の記入には診療費とは別に500円（税別）の証明書料が必要です。
なお、渋谷区の対象医療機関以外で医師意見書の記入を受ける際は、証明書料が異なる場合があります。

以下の欄は職員が記入します。

職員記入	受付場所	地域包括支援センター 高齢者福祉課　□ 窓口　□ 郵送	受付者	
	備考			

別記第１号様式（第５条関係）（裏面）

【医師意見書】※以下、医師記入欄

【医療機関の皆さまへ】※本用紙は渋谷区が実施する高齢者補聴器購入費助成事業に係る書類です。
申請者が持参した場合は、標準純音聴力検査を実施の上、本用紙に聴力検査結果を記入及び貼付（コピー可）し、申請者へ御返却ください。なお、検査の結果、補聴器が不要と判断された場合太枠の箇所の記入は不要です。（証明不要のため料金を徴収しないようお願いします。）
御不明な点がありましたら、渋谷区高齢者福祉課サービス事業係（☎03-3463-1873）までご連絡ください。

【聴力検査結果】４分法による平均聴力レベルついて、以下の□印のいずれかに✓をお願いします。
※聴力検査結果〔オージオグラム〕を貼付してください（コピー可）。

- □ 両耳が中等度難聴である（40dB以上70dB未満）
- □ 左右いずれかの耳が中等度難聴で、かつ他方の耳が70dB以上である
- □ 上記２つのほか、左右いずれかの耳が25dB以上で、補聴器が必要と認められる ※理由を記載してください。

理由【　　】

聴力検査結果〔オージオグラム〕貼付箇所
（コピー可）
※貼付できない場合は別紙でも構いません。

渋谷区長殿

上記の者は、補聴器が必要であると認めます。

記入日：　　年　　月　　日

医療機関名称：

住所：

電話番号：

医師名：