

七戸町高齢者補聴器購入費助成申請書

年 月 日

七戸町長 殿

(申請者) 住 所  
氏 名  
電話番号

七戸町高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。なお、申請に当たり、私（対象者）の個人情報について、助成の決定に必要な範囲内において、町の関係課が保有する情報により確認することに同意します。

対象者	住 所	(□ 申請者と同じ)
	氏 名	(□ 申請者と同じ)
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
申請額		円
添付書類		認定補聴器専門店、または認定補聴器機能者を有する補聴器販売店の補聴器見積書

【医療機関の皆様へ】

この申請書は、七戸町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。必要な聴力検査を実施の上、検査結果の添付（写し可）及び下記の意見欄に署名をお願いします。なお、検査の結果、身体障害者手帳（聴覚障害）の対象となる場合や両耳いずれも40dB未満となった場合は、本事業の対象となりませんので以下の記入は不要です。

医師（耳鼻咽喉科医）の意見欄	
上記の対象者は、聴力検査をした結果、両耳の聴力レベルが40dB以上70dB未満で日常生活に支障があるため、補聴器の装用が有用であると認めます。	
【検査結果】オージオグラム（3か月以内のもの）を添付	
年 月 日	所 在 地 医療機関名 医 師 名 電 話 番 号
※自署の場合は押印不要です。	