

第 1 号様式（第 5 条関係）

春日井市高齢者補聴器購入費事前確認申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

次のとおり春日井市高齢者補聴器購入費事前確認を申請します。

申請者 (対象者)	氏名	生年月日 年 月 日 (歳)
	住所 〒 —	電話番号 () —
購入する 補聴器	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳	
補聴器を購入 する販売店		
確認事項 ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。	<input type="checkbox"/> 補聴器の購入に係る補装具費その他の法令の規定に基づく 給付又は事業の支給対象とならない。 (以下は、過去に本事業による支給を受けた方のみ) <input type="checkbox"/> 本事業の対象となった補聴器の最後の購入日から起算して 5年を経過し、かつ、当該補聴器が修理できない。	
<input type="checkbox"/> 申請に当たり、次のことに同意します。 <ul style="list-style-type: none"> ・この申請の審査のために必要な世帯全員の市民税課税状況を調査すること。 ・事前確認後に、申請内容や市民税課税状況に変更が生じた場合、支給が受けられない場合や支給額が変更となる場合があること。 ・補聴器購入後、補聴器販売店において1か月間の調整を行った後に支給申請を行うこと。また、支給申請後も継続して調整を行うこと。 		

（添付書類）

医師の意見書

※日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医又は身体障害者福祉法第 15 条
第 1 項に規定する医師に限る。

補聴器の見積書

※認定補聴器技能者が在籍する補聴器販売店に限る。

世帯全員の市民税額が確認できる書類（春日井市で確認できない場合に限る。）

第 2 号様式（第 5 条関係）

※この意見書は日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医又は身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師に記載を依頼してください。

春日井市高齢者補聴器購入費支給についての意見書

対象者	住 所	春日井市			
	氏 名		生年月日	年 月 日	
難聴の原因 となった 疾病・外傷名					
経過と 現在の症状					
現在の 聴力レベル		右	d B	左	d B
補聴器の 必要性		<input type="checkbox"/> 必要（ <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳）			
処方における 特記事項					
確認事項		<input type="checkbox"/> 対象者は聴覚障害による身体障害者手帳の交付対象外の聴力である。			
医師要件		<input type="checkbox"/> 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会補聴器相談医 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医			
上記のとおり意見する。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 所 在 地 医 療 機 関 名 医 師 名 </div>					

※裏面の留意事項を御確認ください。

意見書記載に当たっての留意事項

- 1 意見書の記載は、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医又は身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する聴覚障害の区分に指定された医師が記載してください。
- 2 高齢者補聴器購入費の支給対象は、医師が補聴器装用の必要性を認める 65 歳以上の高齢者のうち、補装具費などの対象とならない片耳の聴力レベルが 40dB 以上の方です。
- 3 聴力測定は、純音オーディオメーター検査により、聴力レベルは会話音域の平均聴力レベルとし、周波数 500、1,000、2,000 ヘルツの純音に対する聴力レベル（dB 値）をそれぞれ a、b、c とした場合、次の算式により算定した数値としてください。
$$\frac{a+2b+c}{4}$$
- 4 「処方における特記事項」について
骨伝導補聴器の必要性などは、この欄に記載してください。

様

春日井市長

春日井市高齢者補聴器購入費事前確認通知書

年 月 日付けで申請のありました春日井市高齢者補聴器購入費の事前確認について、春日井市高齢者補聴器購入費支給事業実施要綱第 2 条及び第 3 条に規定する要件への該当及び第 4 条に規定する支給額を次のとおり確認しましたので通知します。

1 申請者（対象者）氏名

2 確認内容

該 当

支給額 金 円

非該当

理由

第 4 号様式（第 6 条関係）

春日井市高齢者補聴器購入費支給申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）春日井市長

次のとおり春日井市高齢者補聴器購入費について申請します。また、支給が決定した場合は、購入費の交付を請求します。

申請者 (対象者)	氏名	生年月日 年 月 日 (歳)
	住所 〒 —	電話番号 () —

補聴器購入日	支給対象経費	支給申請額
年 月 日	円	円

（販売店調整確認欄）

補聴器の購入から 1 か月間の調整を行ったことを確認しました。 年 月 日 所在地 販売店名

請求額 円

金融機関	銀行 信用金庫 農協	預金種別	普通 当座	口座番号	
	支店			フリガナ 口座名義人	

（添付書類）

補聴器を購入した領収書又は領収書の写し

様

春日井市長

春日井市高齢者補聴器購入費支給（不支給）決定通知書

年 月 日付けで申請のありました春日井市高齢者補聴器購入費の支給申請について、次のとおり決定しましたので通知します。

1 申請者（対象者）氏名

2 決定内容

支給

支給額 金 円

不支給

理由