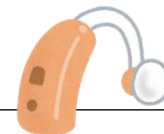


記入例

世田谷区高齢者補聴器購入費助成申請書

令和7年4月版



第1号様式(第2条、第5条関係)

【区処理欄】(記入不要)

受領日	受付番号

世田谷区高齢者補聴器購入費助成申請書

世田谷区長 あて

①

次のとおり、世田谷区高齢者補聴器購入費助成を申請します。また、次のことに同意します。

- 1 区が資格要件確認のために住民記録情報・介護保険料情報等の区が保有する個人情報を確認すること。
- 2 区が申請者に係る情報について、必要に応じ、医療機関又は補聴器販売店から提供を受け、又はこれらに提供すること。
- 3 区が本事業を円滑に運営するために実施する事務支援事業の受託事業者が上記1、2に係る個人情報を取り扱うこと。

申請日 ② 年 月 日

申請書 (利用者)	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名	③	年 月 日 () 歳
	住 所	〒 — *本欄住所以外に区の書類送付をご希望は裏面に記入 世田谷区	
	電話番号	()	

④

確認事項

- 次の要件を全て満たす場合に対象となります。□にレ印を記入してください。
- ☐ 申請日の前年度に住民税が非課税である者
※住民税の課税状況は、原則、世田谷区の介護保険料額の段階にて判定します。
- ☐ 聴覚障害による身体障害者手帳は保有していない。
- ☐ 公益財団法人テクノエイド協会が認定する認定補聴器技能者が在籍する補聴器の販売店で見積書を作成し、同封している。
※区による助成決定後に購入する補聴器本体（管理医療機器）が本事業の対象となります。
- ☐ 過去5年以内に助成を受けていない者

●以下、医療機関の方がご記入ください。

医師意見欄

※耳鼻咽喉科を標榜する医師の記入に限ります。

- 確認のため□にレ印の記入、両耳への補聴器装用の必要性の有無を記入してください。
- ☐ オーディオグラム検査の結果、両耳又は一側耳の聴力レベルが40dB以上であり、補聴器の装用が有効であると認めます。
⑤ ※聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付対象となる方は、本事業の対象外です。
※裏面にオーディオグラムの検査結果を記入・貼付してください。

記入日 年 月 日 (医師意見欄は以下記入日から6か月有効)

医療機関所在地

医療機関名・電話番号

⑥

医 師 名

①同意事項

3つの同意事項をご確認いただいたうえで、申請してください。

※区は審査にあたって、区が保有する申請者の個人情報の確認、また、医療機関や販売店に照会を行うことがあります。なお、事務処理は委託事業者にて行います。

②申請日

申請日を記入(全て記入が済んで区に提出する日を記入)

③申請者(利用者)

補聴器を利用される方お名前を記入してください。

④確認事項

4点を確認のうえ ☒ を入れてください。

※住民税の課税状況は、原則、区の介護保険料額の段階にて判定します。

令和7年度の申請は、令和6年度の介護保険料段階が第1から第5段階の方が対象

医師意見欄

医療機関とご相談ください

必ず耳鼻咽喉科の医療機関での記入をお願いします。

⑤補聴器の必要性の有無

医師による診察の結果、聴力レベルが40デシベル以上で、補聴器が有効であると認められた場合のみ ☒

⑥記入日・医療機関

- ・医師意見欄は記入日から6か月有効です。
- ・医療機関の情報を記入してください。

※医師記入欄の作成のための文書料や診察料等は自己負担です。

裏面もご確認ください。

裏面

オーディオグラムの検査結果 記入・貼付欄

	右耳	左耳
聴力レベル	d B	d B

※ オーディオグラムの聴力検査の結果の聴力レベルの記入をお願いします。

⑦

⑦オーディオグラムの検査結果記入・貼付欄

- ・両耳のオーディオグラムの検査結果を聴力レベル欄に記入してください。
- ・オーディオグラムの検査結果を貼り付けてください。

同封書類

補聴器の見積書

販売店が分からないときは、区にご相談ください

補聴器の見積書を同封して、以下の申請先に提出してください。見積書の作成にあたっては、以下の4点が記載されるように販売店(※)とご相談ください。

※公益財団法人テクノエイド協会が認定した「認定補聴器技能者」が在籍する補聴器販売店。販売店は、(公財)テクノエイド協会の公式HPの「認定補聴器技能者が在籍する補聴器販売店検索システム」で確認することができます。 <https://www3.techno-aids.or.jp/CU/map/>

補聴器の見積書に記載いただきたい事項(4点)

- ① 見積金額(内訳記載※) ②補聴器の製品名、型番(管理医療機器の確認) ③販売店情報(店名、住所、電話番号、担当者) ④見積書作成(千円未満の端数は切捨て)

【その他注意事項】世帯の収入の状況や診断・検査の結果、「助成の対象とならない」場合があります。また、助成金の交付後に不正が判明した場合は、助成金を返還していただきます。必ず、対象の要件を確認のうえ、申請してください。

申請
問合せ先

世田谷区高齢福祉部高齢福祉課

〒154-8504 世田谷区世田谷4-21-27

電話 5432-2256 FAX 5432-3085

郵送または
電子申請で
お申込みください

区 HP での電子申請
はこちら▶



申請書の送付にあたり最後の確認☑をお願いします

☐ 申請書の全ての欄を記入済み ☐ 医師意見欄記入済み(オーディオグラムの検査結果 添付) ☐ 補聴器の見積書同封済み

