様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

日南町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等補助金交付申請書

　日南町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　日南町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業実施要綱第５条の規定により下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| いずれかに○をしてください。 | 補聴器の購入　・　補聴器の再購入補聴器の修理（破損理由：　　　　　　　　　　　　　） |
| フリガナ対象児童名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生（　　歳） |
| 住　　所 |  |
| 対象児童の保護者名 |  | 続柄 |  |

添付書類

（１）補聴器購入

1. 身体障害者福祉法第15条第１項の規定による指定医師が記載した医師意見書（様式第２－１号）
2. 意見書の処方に基づいて補聴器専門店が作成した見積書
3. 交付対象児の属する世帯全員の市町村民税の課税状況等がわかる資料

（２）補聴器修理

1. 補聴器専門店が作成した見積書
2. 交付対象児の属する世帯全員の市町村民税の課税状況等がわかる資料

（３）補聴器再購入

1. 身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師が記載した医師意見書（様式第２－１号）。ただし、市町村の判断により省略することができる。
2. 補聴器専門店が作成した見積書
3. 交付対象児の属する世帯全員の市町村民税の課税状況等がわかる資料
4. 紛失・破損理由届（様式第２－２号）

同意書

　　私は、補聴器購入費補助金交付審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他交付申請に

必要な資料等について、他市町村など関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| **補聴器購入等助成事業　医師意見書**様式第２－１号（第５条関係） |
| 対象児童名 |  | 男 ・ 女 | 　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 住　　所 |  |
| 障害名 | 　　　　　　　　　・伝音性難聴　　・混合性難聴　　・感音性難聴 |
| 現在までの障害の状況（補聴器の装用効果、診断・治療の内容、経過） |
| 聴力検査の種類（COR・遊戯聴力検査・純音）聴力※　　右　　　　　dB　　　　　左　　　　　dB

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

50010002000Hz0102030405060708090100110dB* 4分法平均聴力を記入してください。

ABR、ASSRなどの検査も総合した聴力であれば、備考欄にその旨を記載してください。（備考） |
| 補聴器の種類（処方） | 名　　称 | 個数 | 処方の理由＊耳かけ型以外の種類の場合は、理由を記載してください。 |
| ・耳かけ型・その他種類（　　　　　　　　　　） |  |  |
| イヤモールド |  |  |
| ・補聴援助システム（　　　　　　　　　　） |  |  |
| 上記のとおり意見する。　年　　　月　　　日医療機関の所在地病院・医院名医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

１　意見書の記載は身体障害者福祉法第15条第１項の規定による指定医療機関の医師に限る。

２　この事業で助成する補聴器の機種は、特別な理由がある場合を除き、**原則「耳かけ型」**とする。

３　身体障がい者に該当する聴力の場合は、本意見書は適応されない。

様式第２－２号（第５条関係）

補聴器紛失・破損理由届

日南町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ対象児童名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日生（　　歳） |
| 住所 |  |
| 紛失・破損の別 |  |
| 紛失又は破損した補聴器の購入年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 紛失又は破損年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 紛失又は破損した補聴器の種類 | 名称 | 個数 |
| ・耳かけ型・その他種類（　　　　　　　　　　　） | ・右耳・左耳・両耳 |
| イヤモールド | 個 |
| ・補聴援助システム（　　　　　　　　　　） | 個 |
| 紛失又は破損状況及び理由 |  |
| 備考 |  |

上記のとおり届け出ます。

　　　年　　月　　日

（届出者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

様式第３号（第６条関係）

番　　　　　号

年　　月　　日

日南町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等補助金交付（不交付）決定通知書

　　　　　　　　　　　様

日南町長

　　　　年　　月　　日付けで申請のあった日南町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業については、下記のとおり決定しましたので、日南町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業実施要綱第６条第１項の規定により通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 交付番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| （フリガナ）対象児童名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日生（　　歳） |
| 住所 |  |
| 保護者名 |  | 続柄 |  |
| 補聴器の種類 |  |
| 修理部位 |  |
| 補聴器購入費、修理費又は再購入費 | 円 | 自己負担額 | 円 | 公費負担額 | 円 |
| 備考 | ＊不交付の場合、理由を記載すること。 |

様式第４号（第７条関係）

番　　　　　号

年　　月　　日

日南町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等補助金交付判定依頼書

　西部身体障害者更生相談所長　様

日南町長

　　　　年　　月　　日付けで申請のあった下記の児童について、日南町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業実施要綱第６条第２項の規定により下記のとおり判定を依頼します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）対象児童名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日生（　　歳） |
| 住　　所 |  |
| 判定依頼事項 | 　　対象児童に対する申請補聴器の適・否 |
| 備　　考 | 　 |

様式第５号（第７条関係）

番　　　　　号

年　　月　　日

日南町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等補助金交付判定書

日南町長　様

西部身体障害者更生相談所長

　　　　年　　月　　日付けで依頼のあったこのことについて、日南町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業実施要綱第６条第２項の規定により下記のとおり判定しましたので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）対象児童名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日生（　　歳） |
| 住　　所 |  |
| 総合判定 | 　　適　・　否　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 |  |
| 備　　考 | 　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。 |

様式第６号（第８条関係）

年　　月　　日

日南町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業交付決定児管理簿

日南町

|  |  |
| --- | --- |
| 交付番号 | 第　　　　　　　　　　号 |
| （フリガナ）対象児童名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） |
|
| 住　　　所 |  |
| 保護者氏名 |  | 続柄 |  |
| 保護者住所 |  |
| 補聴器の種類 |  |
| 修理部位 |  |
| 補聴器購入、修理又は再購入年月日 | 　　　　　　年　　月　　日　購入・修理 |
| 補聴器購購入費、修理費又は再購入費 | 円 | 自己負担額 | 円 | 公費負担額 | 円 |

様式第７－１号（第10条関係）

年　　月　　日

日南町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等補助金請求書

　日南町長　様

交付番号

請求者名

対象児童名

　日南町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業実施要綱第９条第１項の規定により下記のとおり請求しますので、指定した金融機関に振り込んでください。

記

１　請求金額（公費負担額）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　補聴器購入、修理又は再購入年月日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

３　添付書類　　　　　　　　　　　領収書

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | （　　　　　　　　　）銀行・信用金庫・農協（　　　　　　　　　）本店・支店・支所 |
| 預金種別（該当を○で囲む） | 　１　普通　　　２　当座 |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ）口座名義人 |  |
|  |

様式第７－２号（第９条関係）

デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明

　　　　　　　　　　　氏の補装具費支給申請（補聴器）について、以下の者がデジタル補聴器の調整を行ったことを証明します。

　　年　　月　　日

（補装具業者名及び代表者名） 　　　　　　　　　　　印

調整を行った者の氏名（ 　　　　　　　　　　　）

（ 言語聴覚士 ・ 認定補聴器技能者 ）

（言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定証書又は認定補聴器技能者カードの写し）

※貼付欄

様式第８号（第10条関係）

|  |
| --- |
| 日南町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業支給券 |
| 支給番号 | 第　　　　　　　号 | 支給決定日 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 居住地 |  |
| 保護者氏名 |  | 続柄 |  |
| 補聴器の種類 |  |
| 処方又は修理部位 |  |
| 補聴器専門店 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話 |  |
| 基準額 | 見積額 | 自己負担額 | 公費負担額 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　上記のとおり決定する。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日南町長 |
| 受　領 | 受　領年月日 | 　　　年　月　日 | 受領者氏　名 | 印　 |

＊この様式により難い場合は、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

様式第９号（第10条関係）

日南町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業

代理受領に係る補聴器購入費等支払い請求書兼委任状

　日南町長　様

　　　　年　　月　　日付けで支給決定を受けた補聴器の引渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払いましたので、補聴器購入費等の支払いを請求します。なお、その受領の権限を下記の補聴器専門店に委任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 基準額（差額自己負担額等補聴器購入費等の対象とならないものは除く。） | 円 |
| 自己負担額 | 円 |
| 請求額 | 円 |

　　　年　　　月　　　日

　　住　　　所

請求者兼委任者

（交付決定者）

　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　上記の受領の権限を受任しました。なお、支払いについては、登録の口座に振り込んでください。

　　　年　　　月　　　日

住　　　所

受任者

（補聴器専門店）　 名　　　称

　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

＊この様式により難い場合は、この様式に準じた別の様式を使用することができる。