

様式第1号(第7条関係)

羽咋市難聴児補聴器購入助成申請書

年 月 日

申請者(届出者)

住 所 羽咋市 _____

氏 名 _____ (印)

続柄() 連絡先 _____

羽咋市長

次のとおり難聴児補聴器の購入に要する費用の助成を申請します。

児	ふりがな 氏 名		生年 月 日	年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 羽咋市			
童	身体障害 者手帳申 請の有無	有・無			
	最近5年 間の補聴 器の給付 状況	右(有・無) 年 月 日購入 左(有・無) 年 月 日購入 羽咋市難聴児補聴器購入助成事業実施要綱による交付 その他()			
	希望する 業者	名称			
		所在地			

難聴児補聴器購入助成の決定に必要な住民基本台帳関係書類・税関係書類を市長が調査することに同意します。

年 月 日

羽咋市長

区分	続柄	住所	氏名
申請者	本人		
世帯員			
"			
"			
"			

様式第2号（第7条関係）

羽咋市難聴児補聴器購入助成意見書

対象児名	氏名		男 女	生年 月日	年 月 日
	住所	羽咋市			
病名					
障害の経過	発生・経過				
	現況（補聴器、使用歴、使用効果等）				
聴力	右		dB	左	
	身体障害者手帳の交付基準に			該当する	該当しない
補聴器の種類	ポケット型 耳かけ型 他の補聴器（ ）			右・左	イヤード 要・否
	他の補聴器、両耳装用の場合は、その必要等具体的に記載すること。				
イヤモールドの必要性	処方理由	外耳道の変形などにより、ハウリングが起こりやすい 僅かな動きで、耳栓が落下しやすい その他（ ）			
補聴器の使用による具体的効果					
意見書の作成者は、聴覚障害に関し、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する都道府県の定める医師に限る。					
平成 年 月 日					
医療機関名および所在地 診療担当科名 医師氏名					
⑩					

様式第3号（第8条関係）

羽咋市難聴児補聴器購入助成決定通知書			
年 月 日			
様			
羽咋市長 山 辺 芳 宣 ⑩			
<p>年 月 日付で助成申請のあった羽咋市難聴児補聴器の助成については、次のとおり決定したので通知します。</p>			
助成番号	第 号	決定年月日	年 月 日
決定内容			
給付業者	名称		
	所在地		
決定額	自己負担額	助成額	
円	円	円	
備考			

様式第4号(第8条関係)

羽咋市難聴児補聴器購入助成券

交付番号	交付	号	交付決定日	年	月	日
氏名		男・女	生年月日	年	月	日
住所						
保護者氏名				続柄		
補聴器本体	(個・台数)					
	軽・中度難聴用	ポケット型				
	軽・中度難聴用	耳かけ型				
		耳穴型(レィメイド)				
		骨導式 ポケット型				
		骨導式 眼鏡型				
		耳穴型(オダ-メイド)				
	FM補聴システム					
業者 補聴器 販売 事	名称					
	所在地					
	電話					
見積書		利用者負担額		公費負担額		
円		円		円		
上記のとおり決定する。						
年 月 日						
羽咋市長 山 辺 芳 宣						
適合判定	判定年月日	年	月	日	判定員 職氏名	印
受領	受領年月日	年	月	日	受領者 氏名	印 本人との関係

様式第 5 号 (第 8 条関係)

羽咋市難聴児補聴器購入助成却下通知書

年 月 日

様

羽咋市長 山 辺 芳 宣 ⑩

平成 年 月 日付で申請のあった羽咋市難聴児補聴器購入助成申請書については、下記のとおり却下とすることに決定しましたので通知します。

対象者	住所			
	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	
申請事項				
却下の理由				
備考				

様式第 6 号 (第 10 条関係)

代理受領に係る羽咋市難聴児補聴器購入助成支払請求書兼委任状

羽咋市長 あて

年 月 日付、発羽福第 号で交付決定を受けた補聴器の引き渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払いましたので助成金の支払いを請求します。

なお、その受領の権限を下記の事業者に委任します。

補聴器価格	円
利用者負担額	円
補聴器助成金請求書	円

年 月 日

請求者兼委任者 住 所 _____
(難聴児の保護者) 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、事業者の登録口座に振り込んでください。

年 月 日

住 所 _____
受任者 名 称 _____
(事業者) 代表者氏名 _____ 印

実施要綱の例

課税世帯が耳かけ型補聴器を購入の場合（所得割額46万円以下）

高度難聴用耳かけ型補聴器	助成額	個人負担
43,900円	36,000円 (40,000円×0.9)	7,900円

課税世帯が耳かけ型補聴器を購入の場合（所得割額46万円以上）

高度難聴用耳かけ型補聴器	助成額	個人負担
43,900円	0円	43,900円

非課税世帯が耳かけ補聴器を購入した場合

高度難聴耳かけ型補聴器	助成額	個人負担
43,900円	40,000円 (助成限度額)	3,900円