

草加市高年者補聴器購入費用助成金交付申請書

年 月 日

草加市長 宛て

草加市

住 所 _____

フリガナ
申請者 氏 名 _____

生年月日 _____

電話・FAX _____

草加市高年者補聴器購入費用助成金の交付について、関係書類を添えて申請します。

本人申告欄
☐ 住民税が非課税である。 ☐ 障害者総合支援法に基づく補装具費(補聴器)の支給を受けることができない。 ☐ 草加市高年者補聴器購入費用助成事業による助成を受けたことがない。 ☐ 草加市補助金等の交付手続等に関する規則及び草加市高年者補聴器購入費用助成事業実施要綱が適用されることに同意する。 ☐ 課税状況を確認することに同意する。

※申請時に課税状況を確認できない場合、非課税証明書を添付します。

医師(耳鼻咽喉科医)の意見欄
年 月 日 対象者 _____ 【検査結果】 ☐ 両耳ともに40dB以上70dB未満(中等度難聴) ☐ 両耳又は片耳が40dB未満(軽度難聴) 上記の者について、補聴器の必要性を認める。 医療機関 所在地 _____ 名称 _____ 医師氏名 _____ ⑩ 電話・FAX _____

申請日	令和 年 月 日	チェック実施日	令和 年 月 日
氏 名	男 ・ 女	生年月日	大正・昭和 年 月 日（ 歳）

各質問の「はい」か「いいえ」に○をつけてください。

点数加算
 1点
 0点

質 問 事 項		回答（どちらかに○）		合計
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	1～5 合計
2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ	/5点
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	いいえ	6～10 合計
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	はい	いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい	
10	転倒に対する不安は大きいですか	いいえ	はい	/5点
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	いいえ	はい	11・12 合計
12	BMIが18.5未満ですか 身長 cm 体重 kg ※BMI（体格指数）＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m） 【参考】 体重60kg÷身長1.5m÷身長1.5m＝26.7	いいえ	はい	/2点
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい	13～15合計
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい	
15	口の渇きが気になりますか	いいえ	はい	/3点
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	16・17合計
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ	はい	/2点
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	いいえ	はい	18～20合計
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい	いいえ	
20	今日が何月何日かわからないときがありますか	いいえ	はい	/3点
	（21～25は、ここ2週間のことを振り返ってチェックしてください）	1～20合計		/20点
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	いいえ	はい	21～25合計
22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	いいえ	はい	
23	（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	いいえ	はい	
24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	いいえ	はい	
25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	いいえ	はい	/5点

【職員記入欄】

☐ 住民税が本人非課税である
 ☐ 補聴器購入前である
 ☐ 申請書（医師意見欄）に不備がない
 ☐ 身体障害者手帳（聴覚障害）を所持していない