

裏面に続きます

耳鼻咽喉科を受診する際にこちらの申請書を持参してください。

医 師 意 見 書	
※ 基準を満たす場合に記入をお願いします。	
患者氏名 _____	
四分法にて、聴力が対象に該当する場合 ☒ をつけてください。	
医師意見書は耳鼻咽喉科の医師による記入が必要です。 上記の者は、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。 申請書を耳鼻咽喉科に持参し、受診してください。 月 _____ 日 _____ 医療機関 所在地 _____ ※ 受診前に必ず対象者条件を確認してください。 ※ 診察料、検査料、意見書作成料等は自己負担です。 電話番号 _____	

◆ 申請者(対象者)にオーディオグラム(純音聴力図)を交付してください。

※ 医師意見書・オーディオグラムは交付から3ヵ月有効です。

見積書を参考に、補聴器の名称か型番を記入してください。

【購入を希望する補聴器について】 ※ 見積書を参照し記載してください。

購入を希望する補聴器の名称又は型番	名称(型番) 耳かけ式 ○○○○A1234
-------------------	------------------------------

※ 次の計算式を用いて、交付申請額を計算してください。

見積額	÷ 2 =	A	AかBいずれか低い方の額
55,000 円		27,000 円	
		※1,000円未満切り捨て	
		B	20,000 円
		20,000 円	

見積書を参考に補聴器1台の本体価格を記入してください。

見積額の半分を記入してください。(1,000円未満切り捨て)

見積額の半分(A)と2万円(B)のいずれか低い方の額を記入してください。

【添付書類】 次の内容を確認し、すべての項目に☑をしてください

☒ 個人住民税が非課税とわかる書類(同一世帯全員分の非課税証明書)

- ・ 同一世帯全員分の証明書を提出してください。福祉サービス利用であれば無料で取得できます。
- ・ 令和7年度の非課税証明書を提出してください。

☒ オーディオグラム(純音聴力図)

- ・ 耳鼻咽喉科受診時に交付されたものを提出してください。

☒ 購入を希望する補聴器の見積書の写し

- ・ 宛名が申請者のものを提出してください。
- ・ 購入を希望する認定補聴器専門店で作成してください。

長寿課へ提出する前に全ての書類がそろっていることを確認の上、チェックしてください。

受付番号

岡崎市難聴高齢者補聴器購入費補助金実績報告書

申請書の申請者(対象者)と同じかたの情報を記入してください。
本人の署名でない場合は、押印が必要です。

令和 7 年 9 月 1 日

住所

岡崎市十王町二丁目9番地

氏名

岡崎 太郎

印

※ 自署でない場合は押印が必要です。

領収書を参考に購入日と購入した補聴器の名称又は型番を記入してください。

ついて、次のとおり実績報告します。

① 補聴器購入日	令和 7 年 8 月 8 日
② 購入した補聴器の名称 又は 型番	耳かけ式 ○○○○A1234

《計算式》

購入額
55,000 円

÷ 2 =

A
27,000 円

※ 1,000円未満切り捨て

B
20,000 円

※ 補

購入額の半分を記入してください。
(1,000円未満切捨て)

AとBのいずれか低い方の額

③ 請求額

20,000 円

領収書を参考に補聴器1台の本体価格を記入してください。

申請者の本人名義の口座を記入してください。

購入額の半分(A)と2万円(B)のいずれか低い方の額を記入してください。

支店名	
岡 崎	十 王
銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	支 店 営 業 部 出 張 所
フリガナ	オカザキ タロウ
口座名義	岡崎 太郎
預金種目	普通(総合)
口座番号(右づめでご記入ください)	0 1 2 3 4 5 6

【添付書類】 次の内容を確認し☑をしてください

☑ 補聴器を購入した領収書の写し

※ 見積書を作成した認定補聴器専門店で購入し

長寿課へ提出する前に全ての書類がそろっていることを確認の上、チェックしてください。

☑ 宛名が申請者本人の名前になっている

☑ 購入日、購入商品名又は型番、購入金額、購入先店舗名が記載されている