

別記第9号様式（第17条関係）

江東区高齢者補聴器現物支給申請書（再支給）

江東区長 殿

次の事項に同意し、高齢者補聴器の現物支給（再支給）を申請します。

（同意事項）

- 1 受給資格確認のため、申請者に関するサービス受給状況を確認すること。
- 2 当事業申請後、申請者に関する情報について、長寿サポートセンター、介護支援専門員及びサービス委託業者からの提供を受け、又はこれらのものに提供すること。
- 3 当事業に関わる情報を事業者等に提供及び確認すること。
- 4 申請後の支給方法の変更はできないこと。

住 所：江東区

フリガナ

氏 名： 生年月日： 年 月 日

電話番号： ()

対象要件	高齢者補聴器の現物支給を	<input type="checkbox"/>	受けている	<input type="checkbox"/>	受けていない
	高齢者補聴器の購入費助成を	<input type="checkbox"/>	受けている	<input type="checkbox"/>	受けていない
	聴覚障害により補聴器の支給を	<input type="checkbox"/>	受けている	<input type="checkbox"/>	受けていない

医 師 の 証 明 書

上記の者は、聴力低下のため補聴器が必要と認めます（聴覚障害レベルを除く。）。

年 月 日

所 在 地：

名 称：

医師等氏名： ⑩

電 話 番 号： ()

※医師による証明を受けた日から起算して、おおむね3か月以内のオーディオグラム（純音聴力検査表）を添付してください。