

様式第1号 (第6条関係)

常陸太田市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業補助金交付申請書

年 月 日

常陸太田市長 殿

〒

住 所

申請者 氏 名

印

(保護者) 連絡先

続 柄

下記のとおり、補助金の交付申請をします。

なお、審査に必要となる私の世帯の住民登録資料、課税資料、補聴器購入状況その他について、関係機関に調査、照会、閲覧、報告することを承諾します。

記

対象児童名等	ふりがな
	氏 名
	生年月日
購入を希望する 補聴器の種類	
希 望 す る 補 聴 器 業 者	名 称
	所 在
	電話番号
身体障害者手帳 申請の有無	有 ・ 無
世 帯 の 状 況	1 市民税課税世帯 (市民税所得割46万円以上)
	2 上記1以外の市民課税世帯・市民税非課税世帯

過去5年間の 補聴器購入 状況	左(購入:有・無)	年 月 日 購入
	右(購入:有・無)	年 月 日 購入
	<input type="checkbox"/> 自費購入	
	<input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業補助金による購入 (前回の補助決定日:)	
	<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補装具の給付	
<input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法		

※太枠内を記入してください。

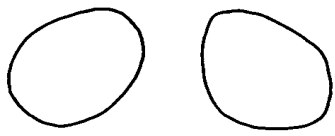
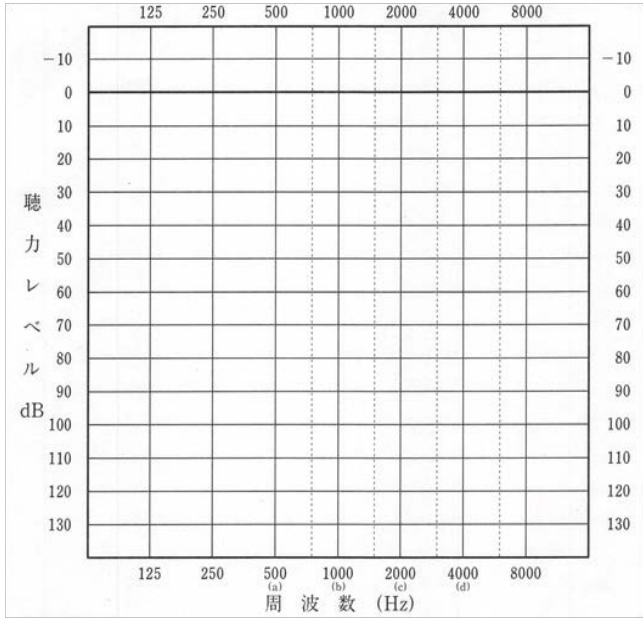
見積額	基準額	補助対象経費	補助金申請額	申請者負担額

【添付書類】

1 難聴児補聴器購入支援事業補助金交付医師意見書

2 補聴器の見積書

常陸太田市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業補助金交付医師意見書

児童氏名		男・女	生年 月日	年 月 日生	歳
住 所					
疾 病 名					
聴 覚 障 害 の 状 況	聴 力	右 dB	左 dB	会話音域の平均聴力レベル：4 分法	
	障 害 の 種 類	1 伝音性難聴（右・左） 2 感音性難聴（右・左） 3 混合性 難聴（右・左）			
	鼓膜所見 その他				
	聴力検査の 結 果			<p>【オーディオメーターの型式】</p> <p>記入方法 気導：右耳○ 左耳×</p>	
必 要 と 認 め る 補 聴 器 等	必 要 と 認 め る 補 聴 器 の 種 類	該当欄に○		（右 左）	
		軽・中度難聴用ポケット型		使用効果等を記入してください ※印の機種にあたっては、医学的な特殊理由も併記	
		軽・中度難聴用耳かけ型			
		※高度難聴用ポケット型			
		※高度難聴用耳かけ型			
		※重度難聴用ポケット型			
※重度難聴用耳かけ型					

	※耳あな型レディメイド	
	※耳あな型オーダーメイド	
	イヤーマールド	要 不要
給付の 適否 所見	適 ・ 否 所 見	
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>作成医師氏名 印</p> <p>注：(一社)日本耳鼻咽喉科学会が指定した精密聴力検査機関の医師又は聴覚障害に係る身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師が作成のこと。</p>		

常陸太田市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業補助金交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

常陸太田市長

印

年 月 日付けで申請のありました補聴器購入支援事業補助金の交付について、下記のとおり決定したので通知します。

記

保護者名	氏 名
対象児童名等	ふりがな
	氏 名
	生年月日
補聴器の種類	
補聴器業者	名 称
	所 在
	電話番号

見積額	基準額	補助対象経費	補助金額	補助対象者負担額

（教示）この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、市長に対して異議申立てをすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、異議申立てをすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に限り、市を被告として（訴訟において市を代表するものは、市長となります。）提起することができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合は、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式第4号（第7条関係）

常陸太田市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業補助金交付申請却下決定通知書

第 号
年 月 日

様

常陸太田市長

印

年 月 日付で申請のありました補聴器購入支援事業補助金の交付について、
下記のとおり却下することに決定したので通知します。

記

却下の理由

（教示）この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、市長に対して異議申立てをすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、異議申立てをすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に限り、市を被告として（訴訟において市を代表するものは、市長となります。）提起することができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合は、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式第5号（第9条関係）

常陸太田市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業補助金請求書

年 月 日

常陸太田市長 殿

〒

住 所

申請者 氏 名

印

(保護者) 連絡先

続 柄

このことについて、下記のとおり補助金を請求します。

記

請 求 金 額 (補助金額)	
振 込 先 金 融 機 関 名	() 銀行 ・ 信用金庫 ・ 信用組合 ・ 農協 () 本店 ・ 支店 ・ 支所
預 金 種 別	1 普通 2 当座
口 座 番 号	
(ふりがな) 口 座 名 義 人 ※保護者口座	
添 付 書 類	領収書

様式第6号 (第10条関係)

常陸太田市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業支給券

保護者名	氏名			
対象児童名等	ふりがな			
	氏名			
	生年月日			
補聴器の種類				
補聴器業者	名称			
	所在			
	電話番号			
見積額	基準額	補助対象経費	補助金額	補助対象者負担額
上記のとおり決定します。				
年 月 日				
				常陸太田市長 印
補聴器の受領年月日				
補聴器の受領者氏名・印		印		

様式第7号（第10条関係）

常陸太田市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業補助金の代理受領に係る請求書兼委任状

常陸太田市長 殿

年 月 日付で交付決定を受けた補聴器を受領し、自己負担額を支払いましたので、
補助金の支払いを請求します。

なお、当該補助金受領の権限を下記の補聴器業者に委任します。

記

購入額	基準額	補助対象経費	補助金額	補助対象者負担額

年 月 日

【 委任者 】 住所

(補助対象者) 氏名

印

上記の補助金受領の権限を受任しましたので、補助金を請求します。

年 月 日

【 受任者 】 所在

(補聴器業者) 名称

代表者氏名

印

振込先	() 銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協
金融機関名	() 本店 ・ 支店 ・ 支所
預金種別	1 普通 2 当座
口座番号	
(ふりがな)	
口座名義人	

※販売証明書（販売日、金額等が分かるもの）添付

