

京 都 市 難 聴 児 補 聴 器 購 入 費 助 成 申 請 書

(あて先)京都市長	申請年月日 年 月 日
申請者の居住地	申請者の氏名 続 柄 () 電話番号 —

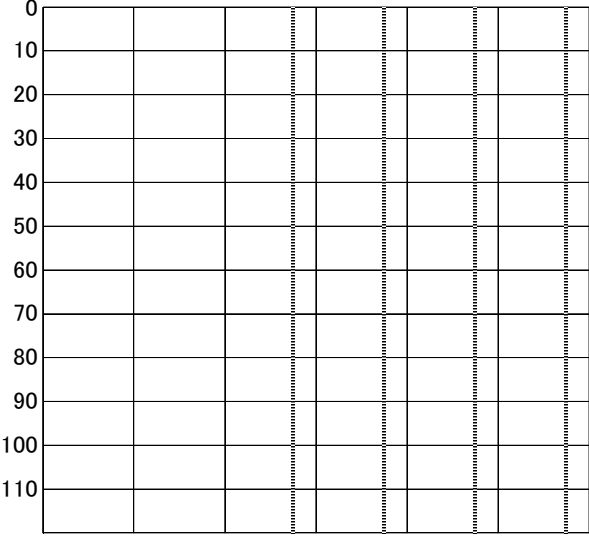
京都市難聴児補聴器購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、購入費の助成を申請します。

フリガナ 対象者の氏名		生年月日	年 月 日
申請個数	個 (☐ 右 ☐ 左 ☐ 両耳)		
希 望 す る 事 業 者 名			
過去に本事業での助成を ☐ 受けていない ☐ 受けた (年 月)			

(注) 該当する口には、☒を記入してください。

- (記入上の注意)
- 1 申請者については、児童の保護者とします。
 - 2 不実の申請をした場合、助成決定の取消し及び助成金の返還を命ずることがあります。

京都市難聴児補聴器購入費助成医師意見書

氏 名		生年月日	
住 所			
傷病名		(発症 年 月 日)	
経過及び現症		○ ○ 1伝音性難聴 2感音性難聴 3混合性難聴	
聴力レベル		聴力検査(純音による検査) オーディオメーターの型式()	
会話音域の 平均聴力レベル	右 dB	右…○ 左…× 	
	左 dB		
補聴効果			
右 有・無			
左 有・無			
処方			
補聴器装用についての留意事項			
上記のとおり補聴器の適用を認める。			
年 月 日			
京都市長 様			
(医療機関名)			
(医師名)			