

申請者名（本人記入欄）：



京都市聞こえの応援事業 助成要件確認書

聞こえの応援事業（加齢性難聴者の補聴器購入助成）の申請書類に添付いただく用紙です。
助成要件の確認のため、各機関から必要事項の記載等をしてもらってください。

加齢性難聴の講座

地域介護予防推進センターのみが記入できます。

受講日： 年 月 日

推進センター名： 地域介護予防推進センター（担当： ）

〔以下、本人記入欄（該当者のみ）〕

地域介護予防推進センターが実施する講座以外で対応する場合（P2）にご記入ください。

☐ 京都市（P5）に問合せのうえ、別途指定された方法で受講等を行い要件を満たした。

京都市問合せ日： 年 月 日 問合せ番号：

医師の意見

（ゴム印・スタンプ等使用可）

本事業の協力医療機関のみが記入できます。

補聴器が必要と認められない場合は、記入不要です。

※協力医療機関の受診（意見書）に生じる受診料、検査料、文書料（意見書作成料）等は、自己負担となります。

補聴器の必要性（必要な場合は□に✓を記入してください。）

☐ 必要 ※聴力検査結果の写しが必要です。

<参考> 補聴器の必要性判断の目安

- ・両耳平均聴力レベル30dB以上（障害者手帳（聴覚）所持者除く）
※平均聴力レベルは身体障害者診断書・意見書に準じた4分法で算出
- ・上記に該当しないが、補聴器相談医又は補聴器適合判定医師が必要と判断

【注意】説明いただいた場合のみ記入（説明は協力医療機関の任意です。）

※説明いただいた場合には、「加齢性難聴の講座」の代替になります。

★補聴器についてご説明いただいた場合は、以下の□に✓を記入してください。

☐ 資料を用いて説明済

<参考>

資料として、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会ホームページに掲載されている
「補聴器を活用するために（患者説明用資料）」を使用いただいても構いません。



説明用資料は
こちら

記入年月日： 年 月 日

補聴器相談医
又は補聴器適合判定医師名：

申請者名（本人記入欄）：



京都市聞こえの応援事業 助成要件確認書

補聴器の購入

対象の補聴器販売店のみが記入できます。

（ゴム印・スタンプ等使用可）

購入日： 年 月 日 ※領収書が必要です。

管理医療機器認証番号（16桁）：

対象の補聴器販売店
の名称、電話番号：認定補聴器技能者名
又は言語聴覚士名（医療機関に限る）：

補聴器の調整

対象の補聴器販売店のみが記入できます。

（ゴム印・スタンプ等使用可）

調整実施日（初回）： 年 月 日

対象の補聴器販売店
の名称、電話番号：認定補聴器技能者名
又は言語聴覚士名（医療機関に限る）：

介護予防活動等

地域介護予防推進センターのみが記入できます。

介護予防教室名（開催曜日・時間）：

参加開始日： 年 月 日

推進センター名： 地域介護予防推進センター（担当： ）

〔以下、本人記入欄（該当者のみ）〕

介護予防教室に参加できない方は、案内冊子P4の①～⑤の該当番号と
具体的な介護予防や社会参加活動の取組内容等をご記入ください。

※原則は、上記教室に参加いただくことをお願いしています。

該当番号【 】 具体的な取組内容：