

大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業申請書

年 月 日

大阪市長様

申請者

住所

氏名

電話番号

助成対象者
との関係本人
その他 ()

大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱による補聴器の購入に係る費用の一部の助成を受けるため、同要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請するとともに、同要綱の内容を遵守し、介護予防活動等を行うことを誓約します。

また、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）により住民基本台帳に記録されている私の世帯に係る情報及び介護保険法（平成9年法律第123号）により大阪市が保有している私の被保険者に係る情報のうち、同要綱による本事業の実施のため必要な情報については、当該実施にあたって必要な範囲内で各関係機関に対して調査、照会及び提供等が行われることに同意します。

助成対象者に関する情報									
介護保険 被保険者番号									
ふりがな						生年月日	年 月 日		
氏名									
住所									
電話番号	ご自宅					携帯電話			
	-					-			
補聴器の種類 (種目・装着箇所)	種目					装着箇所			
						<input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 片耳(右・左)			
購入予定 事業者名									
身体障がい者手帳 取得の有無	<input type="checkbox"/> 有(区分:) <input type="checkbox"/> 無				本事業による支給 の有無(過去)		<input type="checkbox"/> 有(年 月) <input type="checkbox"/> 無		
備考									
収集した個人情報、大阪市が実施する介護予防事業の案内送付に使用することがあります。 案内送付に使用することに同意しない場合のみ「 <input checked="" type="checkbox"/> 」をしてください。 <input type="checkbox"/> 同意しない									

(注意)

- 申請にあたっては、大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書（様式第2号）と補聴器販売店等から受け取った見積書の写しを添付してください。
- 必要に応じて、その他の資料等をご提出いただくことがあります。
- 代理人により申請を行う場合は、本申請書に必ず委任状（様式指定なし）を添付してください。
- 本事業は、本申請書に添付する「(様式第2号)大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書」等において、補聴器相談医が補聴器の装用が必要であることを認めた方だけが対象です。

大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

助成対象者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
傷病名				
傷病の部位・状況				
聴力 (4分法による平均聴力)	右	d B	・	左 d B
補聴器の要否	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 (注)「不要」の場合、本事業の助成対象外になります。			
備考				
上記の通り診断する。 年 月 日 住所 電話番号 医療機関名 補聴器相談医氏名				

【注】

- ・この意見書は、医療機関において「封緘」のうえ交付くださいますようお願いいたします。
- ・両耳の聴力レベルがそれぞれ **30 デシベル以上 70 デシベル未満** であり、かつ補聴器の装用が必要であることを **補聴器相談医が認めた方** が本事業の助成対象者となります。

(様式第3号)

大福祉第 号
年 月 日

申請者住所

申請者氏名

様

大阪市長

〇〇 〇〇

大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業に係る 助成対象者決定通知書

年 月 日付け大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業申請書による申請について、大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第6条第1項の規定に基づき、次のとおり助成対象者を決定したため、同条第2項の規定により通知します。

本事業により補聴器購入費用に係る助成を受けるためには、補聴器を購入した後、介護予防活動等に参加いただく必要がありますので、購入した補聴器により「聞こえ」を確保した上で、介護予防活動等に取り組んでください。

また、本事業により助成を受ける補聴器購入に係る費用については、**本通知書を受領された日の翌日から起算して6月以内**に、次のとおり、同封の大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業請求書（様式第6号）により、必要書類を添付して請求してください。

記

1 助成対象者

- (1) 氏名
- (2) 住所
- (3) 生年月日

2 補聴器を購入する事業者

- (1) 名称
- (2) 所在地

3 支給予定額

※25,000円を上限とし、助成の対象となる費用が25,000円を下回る場合は当該金額とする。

4 請求時の必要書類

- (1) 大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業請求書（様式第6号）
- (2) 大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業に係る助成対象者決定通知書（本通知書）の写し
- (3) 助成対象者名義の補聴器購入に係る領収証の写し
- (4) 大阪市介護予防活動等実施状況報告書（様式第9号）

※ 上記のほか、後日、本市から追加で資料を求めることがあります。

5 その他

- (1) 年 月 日付け大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業申請書による申請を取り下げる場合は、大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業請求書（様式第6号）により助成を受ける補聴器購入に係る費用を請求するまでに、大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業申請取下届（様式第5号）を提出してください。
- (2) 偽りその他不正の手段により本決定を受けたことが判明した場合や、本通知書到達の日の翌日から起算して6月以内に請求がない場合、本決定を取り消すことがあります。

<担当・提出先>

〒530-8201

大阪市北区中之島1-3-20

大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課

担当：〇〇

電話：06-6208-〇〇〇〇

(様式第4号)

大福祉第 号
年 月 日

申請者住所
申請者氏名

様

大阪市長
〇〇 〇〇

大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業に係る
助成対象外決定通知書

年 月 日付け大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業申請書による申請について、大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第6条第3項の規定に基づき、次の理由により助成対象者でない旨の決定をしたため、同条第4項の規定により通知します。

記

助成対象外である理由

<担当>

〒530-8201

大阪市北区中之島1-3-20

大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課

担当：〇〇

電話：06-6208-〇〇〇〇

(様式第5号)

大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業申請取下届

年 月 日

大 阪 市 長 様

届出者

住 所

氏 名

電話番号

— —

助成対象者

本人

との関係

その他 ()

大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第7条第1項に規定に基づき、年
月 日付け大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業申請書による申請を取り下げます。

記

1 助成対象者

(1) 住所

(2) 氏名

2 取下げ理由

()

(様式第6号)

年 月 日

大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業請求書

大阪市長 様

(※助成対象者本人のものを記載)

住 所

氏 名

電話番号

補聴器の購入に係る費用の一部について、大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第8条第1項の規定に基づき、必要書類を添えて請求しますので、次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

記

(注) 必ず助成対象者本人名義の口座を記載してください。

金額	_____円 ※ 金額の前には必ず¥を付けてください。			
添付書類 (該当するものに ☑)	<input type="checkbox"/> 大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業に係る助成対象者決定通知書の写し			
	<input type="checkbox"/> 助成対象者名義の補聴器購入に係る領収証の写し			
	<input type="checkbox"/> 大阪市介護予防活動等実施状況報告書			
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)			
振込口座	金融機関名称	_____	支店名称	_____
	預金種別	_____	口座番号	_____
	フリガナ	_____		
	口座名義	_____		

本市記入欄

記載事項等照合先 (契約番号等)		執行主管コード	支出命令番号	
_____		_____	_____	
_____		_____	_____	
_____		_____	_____	
業務区分	<input type="checkbox"/> 歳出	<input type="checkbox"/> 歳入	<input type="checkbox"/> 歳計外	<input type="checkbox"/> 基金

(様式第7号)

大福祉 号
年 月 日

請求者住所
請求者氏名 様

大阪市長
〇〇 〇〇

大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業に係る支給決定通知書

年 月 日付け大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業請求書による請求について、大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第8条第2項の規定に基づき、助成すべき補聴器の購入に係る費用の金額を決定しましたので、同条第3項の規定により通知します。

決定した助成すべき補聴器の購入に係る費用について、次のとおり支給します。

記

支給予定日	年 月 日
支給決定金額	円
振込先	届出のあった金融機関口座

<担当>

〒530-8201

大阪市北区中之島1-3-20

大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課

担当：〇〇

電話：06-6208-〇〇〇〇

(様式第8号)

大福祉第 号
年 月 日

申請者住所
申請者氏名 様

大阪市長
〇〇 〇〇

大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業に係る 助成対象者決定取消通知書

年 月 日付け大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業に係る助成対象者決定通知書(大福祉第 号)により通知した、大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第6条第1項の規定による決定について、同要綱第9条第1項の規定に基づき、次の理由により当該決定を取り消したため、同条第2項の規定により通知します。

本取消しにより、年 月 日付け大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業申請書による申請については、大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第9条第3項の規定により、同要綱第6条第3項の規定による助成対象者でない旨の決定をしたものとみなされますのでご注意ください。

記

取消しの理由

<担当>
〒530-8201
大阪市北区中之島1-3-20
大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課
担当：〇〇
電話：06-6208-〇〇〇〇

大阪市介護予防活動等実施状況報告書

(提出先)
大阪市長 様

年 月 日

(※助成対象者本人のものを記載)

住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

本事業の助成対象者決定通知を受け取った後に行った介護予防活動等の状況を報告します。
下記活動のその後の状況についてアンケートが実施された場合、当該アンケートに協力します。
下記内容について事業の実施に必要な範囲内で下記団体等に確認が行われることに同意します。

行った活動名称 (必ず1つ以上を選択・記載してください)

介護予防ポイント事業の活動 登録番号 { _____ }

例) 補聴器装着により、「新たに登録して活動を行った」・「活動頻度が増えた」・「新たな活動を行った」・「活動に復帰することができた」等

アスマイルを活用した健康づくり活動 参加者番号 { _____ }

例) 補聴器装着により、「新たに登録して活動を行った」・「1日あたりの歩数が増加した」・「新たに健康イベントに参加した」等

その他 (太枠内に詳細を記載) ※上記の活動ができない場合のみ

記載

※「その他」の場合のみ記載

団体・活動内容等 (「いつ」・「どこで」・「何を行ったのか」等を具体的に記載)

団体等の名称 { _____ } 団体等の連絡先 { _____ }

活動内容等

1 開始時期 _____ 年 月 ~ _____

2 活動場所 _____

3 活動内容 _____

補聴器装着による効果 (該当するもの全てを選択)

- 会話や物音が聞き取りやすくなった。
- 人との会話やコミュニケーションが増えた (楽しくなった)。
- 外出する機会が増えた。
- 気持ちが落ち着いたり、前向きになった。
- 興味のあること (趣味や娯楽等) が増えた。
- その他 { _____ }