様式第３号（第８条関係）

小野町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成に係る調査書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①申請受理番号及び年月日 | | | | 第　　　 　　　　号  年 　月 　日 | | | | ②申請者  　氏名 | | | |  | | | | | ③対象者との続柄 | |  |
| ④  対  象  者 | | 氏　名 | |  | | | | | 性別 | | 男・女 | | | 生年  月日 | | 年　　 月　 日  （　　）歳 | | | |
| 住　所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤  世帯員の状況 | | 氏名 | | | | 年齢 | 対象者  との続柄 | | | 市町村民税課税状況等 | | | | | | | | 備考 | |
| 課税状況 | | | | | 所得割 | | |
|  | | | |  |  | | | 課税・非課税 | | | | |  | | |  | |
|  | | | |  |  | | | 課税・非課税 | | | | |  | | |  | |
|  | | | |  |  | | | 課税・非課税 | | | | |  | | |  | |
|  | | | |  |  | | | 課税・非課税 | | | | |  | | |  | |
|  | | | |  |  | | | 課税・非課税 | | | | |  | | |  | |
| ⑥所得区分 | | | | | □　市町村民税課税世帯で、世帯に所得割が４６万円以上の者がいる**→**不可  □　上記以外（生活保護受給世帯、市町村民税課税世帯、世帯員全員が所得割４６万円未満の世帯）　**→**助成可 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦補聴器の使用状況 | 使用状況 | | | | 補聴器：（有・無）　使用部位：右耳・左耳・両耳　使用開始年月（　年　月）  種類：ポケット型・耳かけ型・耳あな型・骨伝導式  頻度：いつでも・必要に応じて（1日当たり６-７時間以上・４-５時間・２-３時間） | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成等の  状況 | | | | 助成等の有無：（有・無）  補聴器の種類：（　　　　　　）　装用：片耳・両耳　　　回数：　　回  過去の助成：軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業による助成  　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 今回の希望 | | | | 補聴器購入費　（右・左）  □　ポケット型　　　　　　　　　　□　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）  □　骨導式ポケット型　　□　骨導式眼鏡型　　□　その他  <附属品>  □　イヤモールド　骨導レシーバー　ヘッドバンド　平面レンズ | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧　付記事項 | | | | | <両耳支給、耳あな型、骨導式その他を支給決定とする場合は、その理由〉 | | | | | | | | | | | | | | |
| 見積額　Ａ | | |  | | | | | | 基準額　Ｂ | | | |  | | | | | | |
| 助成額　Ｃ | | | ＡかＢのいずれか低い額  （　　　　　　　）円　×　　２／３　＝　　　　　　円　※百円未満切り捨て | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担額 | | | Ａ－Ｃ＝　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり確認しました。

年　　　月　　　日　　調査員職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印