

様式第2号（第5条関係）

尾張旭市軽度・中等度難聴児の補聴器購入費助成意見書

対象児童	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日生
障 がい 名				
経 過 と 現 在 の 状 況				
現在の聴力レベル		右 _____ d B	左 _____ d B	
補 聴 器 の 必 要 性		右（ <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要）	左（ <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要）	
補 聴 器 の 種 類		<input type="checkbox"/> 高度難聴用耳掛け型 <input type="checkbox"/> その他 種類 _____ ※この制度により助成する補聴器は、原則として高度難聴用耳掛け型です。その他の種類を推奨する場合は、その理由を記入してください。 理由 [_____]		
		処 方		
装 用 効 果 の 見 込 み				
上記のとおり意見する。 _____ 年 月 日 所 在 地 医 療 機 関 名 医 師 名 _____ 印				

注1 意見書の記載は、原則、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項に規定する医師（身体障害者手帳指定医）で聴覚障害区分の指定を受けている者に限る。

注2 対象は、補聴器の装用により言語の習得等一定の効果が期待できると医師が認める、身体障害者手帳の交付対象とならない18歳未満の者に限る。

様式第3号（第6条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金支給決定通知書

第 年 月 号
日

様

尾張旭市長

年 月 日付けで申請のありました補聴器購入費等の助成をすることに決定しましたので通知します。

対象児童	住 所			
	氏 名	円	生年月日	年 月 日生
保護者名		対象児童との続柄		
助成内容	区 分			
	補聴器の種類			
	処 方 等			
	基 準 額	円		
	申請者負担額	円	助成額	円
	補聴器業者			
備 考				

注 補聴器業者にも助成決定の連絡をしてありますので、つぎのとおり購入又は修理の手続をすすめてください。

- (1) 正式に購入又は修理を発注してください。
- (2) 補聴器の引き渡しを受けたら、申請者負担額を補聴器業者に支払い、様式第4号（軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成券）の「補聴器の受領及び支払の同意」欄に記名及び押印し、補聴器業者に提出してください。
- (3) 助成額は、市から補聴器業者へ支払います。

（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3か月以内に尾張旭市長に対して審査請求をすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内限り、尾張旭市を被告として（訴訟において尾張旭市を代表する者は尾張旭市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受け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、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する判決の送達を受け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、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する判決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6条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成券

助成決定日		年 月 日	助成番号	
申請者	住 所			
	氏 名		対象児童 との続柄	
対象児童	住 所			
	氏 名		生年月日	
助成内容	区 分			
	補聴器の種類			
	処 方 等			
	基 準 額			
	申請者負担額	円	助成額	円
補聴器業者	所 在 地			
	名 称			
備 考				

上記のとおり決定します。

年 月 日

尾張旭市長

※補聴器の受領及び支払の同意（申請者が記名・押印してください。）	
上記の補聴器を受領したので、補聴器購入費等助成額を上記補聴器業者に支払うことを同意します。	
年 月 日	申請者氏名 印

納入年月日	申請者負担金（補聴器業者が記入。0円の場合は記入不要）		
	受領額	受領年月日	受領業者名
年 月 日	円	年 月 日	印

※補聴器業者は、請求書にこの助成券を添えて請求してください。なお、「補聴器の受領及び支払の同意」欄に申請者の記名・押印がないと無効になります。

様式第5号（第6条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金支給決定通知連絡票

第 号
年 月 日

様

尾張旭市長

標記のことについて、次のとおり申請者に通知しましたので連絡します。

対象児童	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日生
保護者名			対象児童との続柄	
助成内容	区分			
	補聴器の種類			
	処方等			
	基準額	円		
	申請者負担額	円	助成額	円
	補聴器業者			
備考				

注1 補聴器の引渡しの際に、「軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成券（以下「助成券」という。）」に記載されている申請者負担額を受領し、補聴器を受け取ったことを証するために補聴器受領者が記名・押印した助成券を受け取ること。

注2 助成額を尾張旭市に請求する際、助成券の「納入年月日」欄に引渡し年月日を記入するとともに、申請者負担額を受領したことを証するため「申請者負担金」欄中「受領額」欄、「受領年月日」欄及び「申請者負担額受領業者名」欄に記入及び押印した助成券を請求書に添付すること。

注3 補聴器の引渡し後、災害等による毀損、本人の過失による破損、生理的又は病理的变化により生じた不適合、目的外使用若しくは取扱不良等のために生じた破損又は不適合を除き、9か月以内に生じた破損又は不適合は、補聴器業者の責任において改善すること。

ただし、修理基準に定める調整若しくは小部品の交換又は修理基準に規定されていない修理のうち軽微なものについて、補聴器業者の責任において改善することとするものは、修理した部位について修理後3か月以内に生じた不適合等（上記災害等により免責となる事由を除く。）とする。

様式第6号（第6条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金却下決定通知書

第 号
年 月 日

様

尾張旭市長

年 月 日付けで申請のありました補聴器購入費等の助成について、下記理由により助成しないことを決定しました。

記

1 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3か月以内に尾張旭市長に対して審査請求をすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、尾張旭市を被告として（訴訟において尾張旭市を代表する者は尾張旭市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受け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、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する判決の送達を受け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、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する判決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7号（第7条関係）

再助成制限除外理由書

年 月 日		
尾張旭市長 殿 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> (申請者) 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 _____ 対象児童との続柄 _____ 対象児童名 _____ 連絡先 _____ </div>		
下記理由により、補聴器が使えないため、再助成制限を除外し、購入費等の助成申請を受理してください。		
前 回 助 成 実 績	年 月 日	
制限除外が必要な理由	<input type="checkbox"/> 修 理 不 能	状況説明（※修理不能とした業者の書類を添付してください。）
	<input type="checkbox"/> そ の 他	状況説明（※状況を証明する書類を添付してください。）
備 考		

注 該当する□の中にレ印をつけてください。