難聴児補聴器購入助成事業調査書

氏名	鹿児島　太郎	生年月日	○年　△月　×日
病名	○○○○○○○		

1．本人の生活状況

（1）　生活場所

ア　在宅

イ　施設：施設名（　　：　　年　　月　　日より入所中）

ウ　入院：病院名（　　：　　年　　月　　日退院予定）

（2）　生活状況

ア　就労について　☑ なし　☐ あり（　　）

イ　教育について　☑ なし　☐ あり（　　）

（3）現在の補聴器の使用　☑ なし　☐あり（　　）

（4）今回の補聴器の型式について（購入の方のみ）

☐ 軽度・中等度難聴用ポケット型　☑ 軽度・中等度難聴用耳かけ型

☐ 高度難聴用ポケット型　☐ 高度難聴用耳かけ型

☐ 重度難聴用ポケット型　☐ 重度難聴用耳かけ型

☐ 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

（5）前回同制度での購入について ☑ なし ☐ あり（　　年　　月　　日）

「あり」の方で耐用年数未経過の場合その理由

同制度で補聴器購入の助成を受け、５年以内に再交付を受ける場合の理由をご記入ください。

（6）　その他特記事項

その他特記事項がございましたら、ご記入ください。