複数支給希望理由書（補聴器）

　補聴器の購入に当たり、下記の理由により複数支給（両耳）を希望します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | |
| 電話番号 |  | |
| 就労状況又は就学状況について | | 就労 | 勤務内容：  　　　　　□車両運転を要する  勤務時間：週　　日（　　：　　～　　：　　）  通勤手段：□自家用車（対象者が運転する）  　　　　　□公共交通（例：電車・バス）  　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 就学 | 学校名：□県立特別支援学校  　　　　　　校名：  　　　　　□その他  　　　　　　校名：  ※特別支援学級に在籍　有・無  通学手段：□保護者の送迎  　　　　　□公共交通（例：電車・バス）  　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 日常生活状況について | | ・現在の補聴器の使用状況　片耳・両耳・未使用  ・視覚障害　有・無  　　　　　　（有の場合、障害名：　　　　　　　　　　　） | |
| その他、複数支給（両耳）を希望する理由 | |  | |

注意事項

・原則、片耳での支給となります。

・市は、上記内容を香川県障害福祉相談所に伝達しますが、判定会において装用効果等の検査結果を踏まえ、複数支給（両耳）の判断を行います。対象者が１８歳未満の児童の場合は、判定会ではなく、市に提出した書類（上記内容含む）を基に複数支給（両耳）について判断を行います。いずれの場合においても、必ずしも複数支給（両耳）ができるものではありません。

上記注意事項を確認しました。

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　本人（家族）署名

高松市記載欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付担当者: | 手帳障害名: | |
| 右\_聴力　　　　　　　　　　　　ｄB | | 左\_聴力　　　　　　　　　　　　ｄB |