

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： <input type="checkbox"/> 車両運転を要する 勤務時間：週 日（ : ~ : ） 通勤手段： <input type="checkbox"/> 自家用車（対象者が運転する） <input type="checkbox"/> 公共交通（例：電車・バス） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	就学	学校名： <input type="checkbox"/> 県立特別支援学校 校名： <input type="checkbox"/> その他 校名： ※特別支援学級に在籍 有・無 通学手段： <input type="checkbox"/> 保護者の送迎 <input type="checkbox"/> 公共交通（例：電車・バス） <input type="checkbox"/> 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