

様式第2号

【(一社)日本耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医】に記入してもらってください。
意見書作成のための費用は、自己負担です。

渋川市高齢者補聴器購入費助成金意見書

【本人記入欄】

住 所	
フリガナ	
氏 名	
生年月日	大正・昭和 年 月 日

【医師意見欄】

四分法にて、聴力が対象に該当する場合 をつけてください。

【対象聴力】 両耳の聴力レベルが40デシベル以上で、
かつ、聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象にならない。

上記の者は、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

医師氏名

電話番号

【注】医師氏名は、本人が署名するか記名押印してください。

※3か月以内のオーディオグラム(純音聴力図)を交付してください。
ご記入いただいた意見書は、対象者(患者)へお渡しください。