

様式第2号（第5条関係）

高齢者補聴器購入費補助金に係る医師意見書

フリガナ 氏 名			
住 所	〒 ー		
生年月日	年 月 日		
聴覚の状況 及び所見	右	聴力レベル	dB
		難聴の種類	伝音声 ・ 感音性 ・ 混合性
	左	聴力レベル	dB
		難聴の種類	伝音声 ・ 感音性 ・ 混合性
	☐ 両耳とも30dB以上70dB未満の難聴		
	☐ 両耳又は片耳の聴力が30dB未満だが補聴器が必要		
☐ その他 理由 ()			

上記の者は、聴力低下により日常生活を営むことに支障があるため、補聴器の使用が必要であることを認めます。

年 月 日

医療機関名

医 師 名

※ご記入いただいた医師意見書は、患者様へお渡しください