様式第２号（第５条関係）

天栄村高齢者補聴器購入事業補助金医師意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　所 |  |
| フ リ ガ ナ |  | 生年月日 | 　　 　年　　　月　　　日 |
| 氏　　　　名 |  |

　上記の者は、「両耳の聴力レベルが７０デジベル未満」、又は「１側耳の聴力レベルが９０デジベル未満、かつ他側耳の聴力レベルが５０デジベル未満」に該当し、聴力障がいによる障害者手帳の交付対象とはなりませんが、聴力低下のため、補聴器の装用が必要であることを認めます。

作成日　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　医療機関　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

※　オージオグラム（純音聴力検査表）（医師の意見欄作成日３ヶ月以内のもの）の添付をお願いします。

※　文書料は申請者の自己負担です。