

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

※ オーディオグラム（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。