

志免町高齢者補聴器購入費助成医師意見書

申請者 (対象者)	フリガナ		生年 月日	年	月	日
	氏名			(歳)
	住所	志免町				

上の者は下記のとおり、補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

現在の聴力レベル	右	dB	左	dB	
補聴器の必要性 (当てはまる□に✓を入れてください。 ※両方の□に✓が入らない場合、助成の対象にはなりません)	<input type="checkbox"/> 両耳の聴力が40 dB以上70 dB未満である。 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（聴覚）の交付対象には該当しないが、聴力低下のため補聴器が必要である。 特記事項				
【医療機関】	所在地		年	月	日
	名称				診療科
	医師氏名				
	電話番号	()	

【添付書類】

オーディオグラム ※意見書記入日の3か月以内に実施・作成されたもの