

精華町高齢者補聴器購入費助成事業に係る医師意見書

※太枠内は対象者が記入してください。

対象者	住所	精華町		
	氏名		生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)

上記対象者は、下記のとおり、身体障害者手帳の基準には該当しませんが、聴力の低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

身体障害者手帳の基準に該当するか否か	当てはまる方に丸をつけてください。 該当しない ・ 該当する (該当する場合は本意見書の作成は不要です。身体障害者手帳の申請をご案内ください。)			
聴力レベル	右	dB	(補聴効果)	有 ・ 無
	左	dB	(補聴効果)	有 ・ 無
対象聴力	該当するチェック欄 (□) にレ点をご記入ください。 □ 両耳とも中等度 (40 dB以上 70 dB未満) 以上の難聴 □ 両耳又は片耳の聴力が 40 dB未満だが補聴器が必要 □ その他 ()			
聴力検査結果	オーディオグラムをこの欄 (裏面でも可) に貼付するか、ホッチキスで留めてください。			

年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ (印) ※

※署名の場合、押印は不要です。

※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。