

様式第2号（第5条関係）

桶川市高齢者補聴器購入費補助金交付医師意見書

医師（耳鼻咽喉科医）の意見欄

対象者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査結果及び「□」に✓チェックを記載してください。

聴力検査の結果（4分法による聴力レベル）

聴力レベル	右	左
		d B

両耳の聴力レベルが40 dB以上で、聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象とならない者であることを証明します。

上記の者は、補聴器の装用が必要であると認めます。

年 _____ 月 _____ 日

[医療機関] 所在地

名称

医師氏名

Ⓜ

電話番号

※ 本事業の対象は、両耳の聴力レベルが40 dB以上であり、聴覚障害による身体障害者手帳の交付対象とならない方となります。