

様式第2号（第6条関係）

光市高齢者補聴器購入費助成に係る医師意見書

助成対象者情報	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 ー		
	聴力検査結果	会話音域の平均聴力レベル（右耳 デシベル 左耳 デシベル） ※オーディオグラム添付してください（裏面貼付でも可）。		
	補聴器の 必 要 性	1 補聴器の必要性 ☐ 必要 （ ☐ 右耳 ・ ☐ 左耳 ） 2 上記1で ☒ 必要 と判断した理由 ☐ 両耳の聴力レベルが 30 デシベル以上であるため、補聴器が必要であると認めます。 ☐ 両耳の聴力レベルが 30 デシベル未満であるが、次の理由により （ ☐ 右耳 ・ ☐ 左耳 ）の補聴器が必要と認めます。 理由：		
確認事項	☐ 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師である。 ☐ 聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付の対象とならない者である。			
上記のとおり、意見する。 年 月 日 医療機関名 医 師 氏 名 印				