

様式第2号（第6条関係）

高齢者補聴器購入費補助金交付意見書

氏名		生年 月日	年 月 日生
住所			
<p>四分法にて、聴力が下記に該当する場合チェックしてください。</p> <p>【対象聴力】 <input type="checkbox"/> 両耳の聴力レベルが40 dB以上70 dB未満で、 かつ、聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象にならない</p> <p>上記の者は、聴力低下のため日常生活を営むのに支障があり補聴器の使用が必要であることを認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関 所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名</p> <p>電話番号 ( )</p> <p>注：耳鼻咽喉科を標ぼうする医師が作成のこと。 医師の氏名は、本人が署名するか記名押印してください。</p>			

※3箇月以内のオーディオグラム(純音聴力検査表)を添付してください。