別記様式第２号（第４条関係）

上毛町高齢者補聴器購入費助成医師意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者  （対象者） | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（　　　歳） |

　　　上記の対象者は下記のとおり、聴力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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 現在の聴力レベル | 右　　　　　　　dB | 左　　　　　　　dB |
| □　両耳とも中等度（40㏈以上70㏈未満）以上の難聴  □　両耳又は片方の聴力が40㏈未満だが補聴器が必要  必要と判断した理由 | |
| 年　　　月　　　日  医療機関　　所在地  　　　　　　名称  　　　　　　診療科  　　　　　　医師名  　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　　） | | |

※オージオグラムをホッチキスで留めてください。

※本意見書の有効期限は作成（診断）日から３か月です。