鳩山町高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |

〈医師の意見欄〉

上記の者が次の状態に該当すると認められる場合、「□」にチェックをつけてください。

□　上記の者は、「両耳の聴力レベルが７０デシベル未満」、又は「１側耳の聴力レベルが９０デシベル未満、かつ他側耳の聴力レベルが５０デシベル未満」に該当し、聴覚障がいによる障害者手帳の交付対象とはなりませんが、聴力低下のため、補聴器の装用が必要であることを認めます。

作成日　　　 年　　　月　　　日

医療機関　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　 名　　称

　　　　　　　　 医師氏名　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　 電話番号