様式第２号（第５条関係）

高齢者補聴器購入費助成に係る医師意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者(補聴器使用者) |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  |

上記申請者は、下記のとおり、会話音域の平均聴力レベルが中等度難聴であり、かつ、補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 聴力検査結果 | 会話音域の平均聴力レベル（右耳　　　db　　左耳　　　db）※　オージオグラムを貼付してください（裏面でも可）。※　所見等あれば余白に御記入ください。 |

年　　月　　日

医療機関名

医師氏名