

高齢者福祉補聴器交付事業における医師の意見書

本人記入欄 対象者 (申請者)	住所	宇都宮市		
	氏名	フリガナ		
	生年月日	年	月	日 (歳)

医療機関記入欄

四分法にて、聴力が対象に該当する場合☑をつけてください。

【対象聴力レベル】

☐ 両耳のともに、平均聴力レベルが50デシベル以上でかつ
身体障害者福祉法に規定する障がいの程度に該当しない

☐ その他、専門医が認める場合
下記の欄に具体的に記載願います。

上記の者は、補聴器の使用が必要であることを認めます。

年 月 日

医療機関 所在地
名称
医師氏名
電話番号 ()

⑩

【聴力検査結果】 オーディオグラムを添付ください。