様式第２号（第３条関係）

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　　　（　　　　） |

|  |
| --- |
| 【聴力検査結果】オージオグラムを添付ください。 |