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。 |