

大竹市高齢者補聴器購入費助成事業 意見書

助成を受けようとする者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 歳
	住 所	大竹市

※太枠の助成対象者の欄は、記入して、医療機関に提出してください。

検査結果・判定	<table border="1"> <tr> <td>項目</td> <td>右耳</td> <td>左耳</td> </tr> <tr> <td>聴 力 レ ベ ル</td> <td>dB</td> <td>dB</td> </tr> <tr> <td>補聴器の必要性</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			項目	右耳	左耳	聴 力 レ ベ ル	dB	dB	補聴器の必要性			※会話音域の平均聴力レベルを記入
	項目	右耳	左耳										
	聴 力 レ ベ ル	dB	dB										
	補聴器の必要性												
				※必要性がある場合に「○」を記入									
☐ 両耳の聴力レベルが30デシベル以上であるため、補聴器が必要であると認めます。													
☐ 両耳の聴力レベルが30デシベル未満であるが、次の理由により、右耳又は左耳の補聴器が必要と認めます。 理由：													

年 月 日

上記のとおり、意見します。

医療機関名	
所 在 地	
診療担当科	
医師氏名	
医師要件	☐ 身体障害者福祉法第15条第1項に規定された医師
	☐ 一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会の補聴器相談医