

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	昭和	●●	年	●	月	●●	日	●●	歳	
	住 所	大竹市 ■■●丁目●番●●号									

※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><tr><td>項目</td><td colspan="2">右耳</td><td colspan="2">左耳</td></tr><tr><td>聴 力 レ ベ ル</td><td>29</td><td>dB</td><td>25</td><td>dB</td></tr><tr><td>補聴器の必要性</td><td colspan="2">○</td><td colspan="2"></td></tr></table>				項目	右耳		左耳		聴 力 レ ベ ル	29	dB	25	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	29	dB	25	dB															
	補聴器の必要性	○																		
	☐	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。					※必要性がある場合に「○」を記入														
	理由：○○○○のため、右耳の補聴器が必要と認めます。																			

令和 ● 年 ●● 月 ●● 日

上記のとおり、意見します。

医療機関名	□□耳鼻咽喉科医院		
所 在 地	大竹市 ■■●丁目●番●●号		
診療担当科	耳鼻咽喉科		
医師氏名	□□ ■■		
医師要件	☒	身体障害者福祉法第15条第1項にされた医師	
	☒	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	

