様式第２号（第５条関係）

吉岡町高齢者補聴器購入費助成金意見書

【本人記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| これより下は、【（一社）日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定の耳鼻咽喉科専門医】に記入してもらってください。意見書作成に要する費用は、自己負担です。 |

【医師意見欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ４分法にて、以下の対象聴力に該当する場合は、☑をつけてください。  【対象聴力】   |  |  | | --- | --- | | □ | 両耳の聴力レベルが４０ｄＢ以上で、  かつ、聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象にならない。 |   上記の者は、聴力低下のため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  【注】医師氏名は、本人の署名又は記名押印としてください。 |

※３月以内のオージオグラム（純音聴力図）を交付してください。

※ご記入いただいたこの意見書は、対象者（患者）へお渡しください。