

様式第2号（第4条関係）

金山町補聴器購入費助成事業意見書

氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳
住所					
疾病名					
聴力	右	dB	左	dB	会話音域の平均聴力レベル:4分法
難聴の種類	1 伝音性難聴(右・左) 2 感音性難聴(右・左) 3 混合性難聴(右・左)				
聴力検査の結果					<p>記入の仕方</p> <p>気導:右耳○ 左耳×</p> <p>骨導:右耳 左耳</p>
鼓膜所見・その他					
使用効果見込					

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する(聴覚障害区分の指定を受けている)医師が作成した意見書であることを証明します。

対象は、両耳の聴力レベルが40dB以上70dB未満で、身体障害者手帳の交付の対象とならない者であることを証明します。

上記の者は、日常生活のために補聴器が必要であると認めます。

年 月 日

医療機関名

所在地

診療科名

作成医師氏名

印

(署名又は記名押印)