様式第２号(第５条関係)

(表面)

長瀞町高齢者補聴器購入費助成金医師意見書

【本人記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏　名 |  | 生　年月　日 | 年　　月　　日　　　　　（　　　　歳） |
| 住　所 | 〒３６９－１３長瀞町大字 |

【医師意見欄】

　聴覚障害の状況及び所見

※助成対象は、両耳の聴力レベルが４０㏈以上の方です。

※４０㏈未満で補聴器が必要な場合は、３の記入も必要です。

　１　オージオグラム検査の結果による聴力レベル

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 右 | 左 |
| 平均聴力レベル（４分法） | 　　　　　　　　　　㏈ | 　　　　　　　　　㏈ |

※オージオグラムの検査結果を裏面に添付してください。

 ２　補聴器を装用する耳

・左右が効果的　　・右が効果的　　・左が効果的　　・本人の希望による

　３　その他(４０㏈未満で補聴器が必要な理由)

上記の者は、補聴器の使用が必要であることを認める。

　　　　　　　年　　月　　日

　　　所在地

　　医療機関名

　　　医師名

(署名又は記名押印)

(裏面)

【オージオグラム添付欄】