

(表面)

長瀬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 長瀬町大字		

【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40dB以上の方です。

※40dB未満で補聴器が必要な場合は、3の記入も必要です。

1 オーディ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)	dB	dB

※オーディ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(40dB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)

【オーディオグラム添付欄】

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page below the text. It is intended for an audiogram attachment.