様式第２号（第５条関係）

守山市高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 守山市 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日（　歳） |
| 難聴の原因となった疾病名 |  |
| 聴力検査結果 | 以下の該当するチェック欄（□）に☑印を記入し、聴力レベルをご記入ください。□両耳とも聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満平均聴力レベル　右　　　　　デシベル　　左　　　　　デシベル（４分法） |
| 補聴器の必要性 | □必要（□右耳　　□左耳） |
| 上記のとおり意見する。　　　　年　　　月　　　日所在地医療機関名医師氏名 |

※本意見書は、耳鼻咽喉科を標ぼうする医師が作成してください。

※本意見書は、記入後に対象者へお渡しください。（文書料は対象者負担です。）