

様式第 2 号(第 5 条関係)

橋本市高齢者難聴補聴器購入費助成に係る医師意見書

対象者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所	橋本市				
聴力	右	デシベル		左	デシベル	
<p>【対象者要件】 聴力検査において、両耳とも 40db 以上で、身体障害者障害程度等等級における聴覚障害の等級要件に該当しない方。 (参考) 聴覚障害 6 級…両耳 70db 以上または一側 90db 以上、他側 50db 以上</p>						
補聴器の必要性	右	要 ・ 不要		左	要 ・ 不要	
<p>ただし、40db 未満でも補聴器が必要と判断した理由は、下記のとおりです。</p> <p>理由： _____</p>						
<p>上記のとおり意見する。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名</p>						

※本意見書は、身体障害者福祉法第 15 条に基づく指定医師(耳鼻咽喉科)が作成したものが対象になります。