様式第２号（第５条関係）

市川町高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ） |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　－市川町　 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

上記の者は、下記のとおり、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 診断結果 | 　該当するチェック欄に（□）に☑印を記入ください。□　両耳とも聴力レベルが40dB以上70db未満□　片耳の聴力レベルが70db以上で他方の耳の聴力レベルが70db未満□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 聴力検査結果 | オージオグラムをこの欄（裏面でも可）に貼付してください。 |

　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医師氏名

（自筆による署名または記名押印）

※ご記入いただいた医師意見書は、患者様へお渡しください。