

様式第2号（第5条関係・高齢者補聴器購入費助成事業用）

医師意見書

※太枠内は対象者が記入してください。

|             |          |       |
|-------------|----------|-------|
| 対象者<br>フリガナ |          | 生年月日  |
|             |          | 年 月 日 |
| 住所          | 〒<br>明石市 |       |

上記対象者は、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

|            |   |
|------------|---|
| 対象聴力       | 該当するチェック欄（□）に✓印をご記入ください。<br><input type="checkbox"/> 両耳とも中等度（40dB以上70dB未満）以上の難聴<br><input type="checkbox"/> 両耳又は片耳の聴力が40dB未満だが補聴器が必要<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 聴力検査<br>結果 | オージオグラムをこの欄（裏面でも可）に貼付するか、本書の右肩の裏側にホッチキスで留めてください。  |

年 月 日

医療機関名

医師名

※ 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。