

様式第2号（第5条関係）

鶴ヶ島市高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

【対象者】

住 所			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			

【医師意見欄】

上記の対象者は、日常生活のために補聴器が必要であると認めます。

※下記にチェックをお願いします。

必 須	<input type="checkbox"/> 聴覚障害の身体障害者手帳の交付対象とならない
いずれか ひとつ	<input type="checkbox"/> 両耳の聴力レベルが40dB以上70dB未満（中等度難聴）に該当する <input type="checkbox"/> 中等度難聴に該当しないが、次の理由により補聴器が必要である理由 _____

作成日 年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師氏名

⑩

（署名または記名押印）