

岡垣町高齢者補聴器購入費補助医師意見書

申請者 (対象者)	氏名	
	住所	岡垣町
	生年月日	年 月 日 (歳)

上記の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

現在の聴力レベル 及び 補聴器の必要性等	右	dB	左	dB
	<input type="checkbox"/> 両耳の聴力レベルが 40 dB以上 70 dB未満に該当 <input type="checkbox"/> 両耳又は片耳の聴力が 40 dB未満であるが、補聴器が必要			
	必要と判断した理由 ()			
	装用耳 : <input type="checkbox"/> 左耳 ・ <input type="checkbox"/> 右耳 イヤモード : <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要			
医療機関	年 月 日 所在地 名称 診療科 医師氏名 電話番号 ()			

※記入日前 3 か月以内のオーディオグラム（純音聴力検査表）の検査結果を裏面に添付してください。

※有効期限は作成（診断）日から 3 か月です。

※記載に係る費用は、申請者の自己負担です。

【オーディオグラム添付欄】