

様式第2号(第5条関係)

## 長野原町高齢者補聴器購入費助成金意見書

1, 対象者

フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 歳)
氏名			
住所	長野原町大字		

## 2, 対象要件

○以下、当てはまる項目にレを記入して下さい。

- ☐ 両耳の聴力レベルが 40 デシベル以上である。
- ☐ 聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象とならない聴力レベルである。

○上記の者は、聴力低下のため日常生活に支障が生じることから、補聴器の使用が必要であることを認めます。

年      月      日

所在地

医療機関名

医師氏名



電話番号

## 意見書作成の留意事項

- ・意見書は、耳鼻咽喉科専門医が作成したものに限りま。
- ・3ヶ月以内に作成されたオーディオグラム(純音聴力図)を添付してください。