様式第2号（第5条関係）

北中城村加齢性難聴者補聴器購入費助成事業　医師意見書

【本人記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　 　月　 　日 |
| 氏名 |  |
| 年齢 | 歳 |
| 住所 | 北中城村字 | | |

【医師意見欄】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 聴覚障害の状況及び所見   |  | | --- | | ※オージオグラム検査の結果、４分法による聴力レベルが両側中程度難聴（40㏈以上70㏈未満）を基準としています。  ※40㏈未満でも補聴器が必要な場合は下記に理由を記載してください。  　理由 |   **補聴器の必要性　　　□ 必要である　　□ 必要ではない**  記載日　　　　　年　　　月　　　日   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 医療機関 | 所在地 |  | |  | 名称 |  | |  | 診療科 | 耳鼻咽喉科 | |  | 医師名 | 印 | |

　〈注意事項〉※文書作成料は申請者の自己負担となります。