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。