

別記様式第2号（第5条関係）

近江八幡市高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

申請者（助成対象者）

フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日
住所			

医師意見書の作成に要する費用は、申請者の自己負担です。

医師意見欄

<p>以下に該当する場合は□に✓をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 4分法による聴力レベルが、両耳それぞれ40dB以上かつ身体障害者手帳（聴覚障害）の要件に該当しない。</p> <p><input type="checkbox"/> 補聴器の装用が必要である。</p> <p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 医師名</p>

この医師意見書は、記入後にオーディオグラム検査結果とともに申請者に渡してください。