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 |  | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 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

|  |
| --- |
| 以下に該当する場合は□に✓をつけてください。□　４分法による聴力レベルが、一測耳が４０デシベル以上７０デシベル未満、かつ、他測耳が４０デシベル以上９０デシベル未満である。　□補聴器の装用が必要である。上記のとおり診断する。　　　　　　年　　　月　　　日医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　 |

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