記入例

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	ハチマン　タロウ	生年月日	○○年　○○月　○○日
氏　　名	八幡　太郎		
住　　所	近江八幡市○○町○○番地		

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　**下の枠内はかかりつけの耳鼻咽喉科の医師に記入の依頼をお願いします。**

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　◇◇医院　　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。