

様式第2号（第5条関係）

本庄市高齢者補聴器購入費補助事業医師意見書

【対象者】

| | | | |
|------|--|------|-------|
| 住 所 | | | |
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏 名 | | | |

【医師意見欄】

聴力検査の結果（4分法による聴力レベルを記入してください。）

| 聴力レベル | 右 | 左 |
|-------|---|----|
| | | dB |

上記の対象者は、両耳の聴力レベルが40dB以上で、聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象とならない者であるが、日常生活に支障があることから補聴器の使用が必要であると認めます。

年 月 日

医療機関 所在地
名称
医師氏名