

芦屋町高齢者補聴器購入費助成医師意見書

申請者 (対象者)	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日 (歳)

上記の対象者は下記のとおり、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

オーディオグラム検査結果による現在の聴力レベル	右 dB	左 dB
	<input type="checkbox"/> 両耳とも中等度（40 dB以上 70 dB未満）以上の難聴	
補聴器の必要性等 (○で囲む)	必要である ・ 必要でない ※ 4 分法により両側中等度難聴を基準としています。 ※ 両耳又は片方の聴力が 40 dB未満だが補聴器が必要な場合は、下記に理由を記載してください。 必要と判断した理由 ()	
	装用耳 : 左耳 ・ 右耳 イヤモールド : 要 ・ 不要	
年 月 日 医療機関 所在地 名称 診療科 医師氏名 電話番号 ()		

※記入日前 3 か月以内のオーディオグラム（純音聴力検査表）の検査結果を裏面に添付してください。

※有効期限は作成（診断）日から 3 か月です。

※記載に係る費用は、申請者の自己負担です。

【オーディオグラム添付欄】