様式第２号（第５条関係）

田原市難聴高齢者補聴器購入費助成についての意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 | 田原市 |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日　 |
| 経過と現在の症状 |  |
| 現在の聴力レベル | 右：　　　　　　　　ｄＢ　　左：　　　　　　　　ｄＢ |
| 検査日　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 補聴器の必要性 | 右（□必要　　□不要）　　左（□必要　　□不要） |
| その他参考意見 |  |
| 助成対象要件の確認 | ※　該当する場合は☑をお願いします。* + 対象者は聴覚障害による身体障害者手帳の交付対象外の聴力である。
 |
| １．意見書の記載は、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医又は身体障害者福祉法第１５条に規定する指定医師に限る。２．聴力レベルの測定にあたり、オージオメータによる検査の実施が困難な場合は、ＡＢＲ等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施するものとする。 |
| 上記のとおり意見する。　　　　　　　　　年　　月　　日所　在　地医療機関名医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |